FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1896-1897 — N° 47

LA MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE

de la Ménopause et de la Vieillesse

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 6 Janvier 1897

PAR

Henri-Paul-Marie DUPUY

Né à Saint-Pierre-Martinique, le 25 Novembre 1872

Elève du Service de Santé de la Marine

Examinateurs de la Thèse :	MM. BOURSIER	professeur....	*Président.*
	PIÉCHAUD	professeur....	*Juges.*
	RIVIÈRE	agrégé	
	BRAQUEHAYE	agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI — PAUL CASSIGNOL

91 — RUE PORTE-DIJEAUX — 91

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1896-1897 — N° 47

LA MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE

de la Ménopause et de la Vieillesse

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 6 Janvier 1897

PAR

Henri-Paul-Marie DUPUY

Né à Saint-Pierre-Martinique, le 25 Novembre 1872

Elève du Service de Santé de la Marine

Examinateurs de la Thèse :

MM. BOURSIER	professeur....	*Président.*
PIÉCHAUD	professeur....	*Juges.*
RIVIÈRE	agrégé	*Juges.*
BRAQUEHAYE	agrégé	*Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI — PAUL CASSIGNOL

91 — RUE PORTE-DIJEAUX — 91

1897

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS — A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon excellent ami et compatriote,

LE DOCTEUR EMMANUEL GUILLIOD

MÉDECIN DES COLONIES

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BOURSIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous est agréable de témoigner notre reconnaissance à ceux de nos maîtres de la Marine, de la Faculté et des Hôpitaux, qui nous ont porté quelque intérêt.

M. le professeur agrégé Rivière, MM. les docteurs L. Hirigoyen et Eug. Monod, chirurgiens des hôpitaux, ont eu l'obligeance de nous communiquer des observations et certains renseignements relatifs à notre travail, nous leur en adressons nos vifs remerciements.

Nous ne quitterons pas l'Ecole de Médecine navale et coloniale sans exprimer à M. le professeur agrégé Le Dantec la respectueuse sympathie qu'il nous a toujours inspirée pendant nos trois ans d'école.

M. le professeur A. Boursier, dans le service duquel nous n'avons pu faire qu'un trop court séjour, a droit à toute notre gratitude pour l'utile enseignement que nous avons puisé dans sa clinique, pour les excellents conseils qu'il nous a donnés avec tant de bienveillance dans la préparation de notre thèse, et pour la grande complaisance qu'il a eue de mettre à notre disposition les archives de sa consultation de la Faculté.

Il nous fait aujourd'hui l'honneur d'accepter ce travail sous son patronage, nous l'en remercions sincèrement.

INTRODUCTION

Au moment de la ménopause ou à une date ultérieure plus ou moins rapprochée de cette époque, apparaissent chez certaines femmes des hémorrhagies utérines dignes d'attirer l'attention. Elles sont caractérisées au début tantôt par des prolongations de règles, tantôt par des pertes sanguines survenant après une période plus ou moins longue de suppression menstruelle. Par la suite, ces hémorrhagies peuvent devenir peu à peu plus fréquentes et plus abondantes ; de sorte que les malades sont toujours dans le sang, selon leur propre expression.

Voici ce que pense M. Eug. Monod, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, de ces pertes de sang (*Bull. et Mém. de la Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pæd. de Bordeaux*, 8 novembre 1892) :

« La métrorrhagie après la ménopause n'est pas toujours et fatalement symptomatique d'une affection utérine de mauvaise nature. Telle femme qui a cessé d'être réglée depuis dix ans et plus, s'aperçoit avec un effroi bien légitime qu'elle recommence à perdre du sang. Le chirurgien, consulté, s'attend à découvrir une lésion locale, et ce n'est pas sans quelque étonnement, qu'après un examen minutieux des organes génitaux, il constate que les résultats de cet examen restent absolument négatifs. »

Dans certains cas, il existe alors des tumeurs réelles, fibrome interstitiel, polype muqueux, épithélioma de la muqueuse utérine (Monod), qui ont échappé au clinicien. D'autres fois, ces hémorrhagies sont dues à la dégénérescence

scléreuse des artères, mais très souvent elles dépendent d'un état inflammatoire, d'une endométrite à forme hémorrhagique.

Si le diagnostic de cette dernière affection est parfois délicat, c'est surtout du cancer du corps utérin qu'il est difficile de la distinguer, et bien souvent ces maladies ont été prises l'une pour l'autre.

Notre attention a été attirée sur ce point par M. le professeur Boursier. Aidé de ses conseils, nous nous proposons d'étudier cette forme de métrite hémorrhagique, dont on ne retrouve nulle part une description d'ensemble suffisante, en insistant particulièrement sur le diagnostic. Nous ne prétendons pas apporter ici beaucoup d'idées nouvelles. Nous nous bornerons à discuter les diverses opinions émises sur ce sujet ; et, en nous basant sur les différents cas observés, nous tâcherons de faire une étude aussi complète que possible de cette affection.

Certains cas dont nous publions les observations semblent étrangers au sujet. Il s'agit en effet de femmes chez lesquelles la menstruation n'a pas disparu. Mais elles sont arrivées à un âge où le diagnostic différentiel avec les tumeurs malignes de l'utérus, qui est le côté intéressant de la question, présente également une importance capitale.

Nous pensons, d'autre part, comme nous le verrons plus loin, que la ménopause n'est point une date de la vie de la femme, mais une période mal délimitée pendant laquelle se fait l'involution sénile de l'utérus. Il est donc possible que chez ces sujets les modifications utérines, liées à la ménopause, aient déjà commencé. Pour cette double raison, il ne nous semble pas téméraire de comprendre ces malades dans une étude sur la métrite hémorrhagique de la ménopause et de la vieillesse.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

En dehors des tumeurs, les anciens auteurs englobaient la plupart des métrorrhagies sous le nom de fluxion de congestion ou d'engorgement (Scanzoni, Aran, Courty). En 1858, Aran écrivait que l'influence de l'âge critique est très grande sur la production des congestions actives et des *congestions hémorrhagipares*, sans qu'il pût en trouver l'explication. Il estima que nombre d'hémorrhagies graves n'ont pas d'autre point de départ que la congestion utérine exagérée de la ménopause et que ces congestions peuvent passer de l'état aigu à l'état chronique, soit par la négligence des malades qui n'ont pas combattu les accidents en temps utile, soit par les conditions hygiéniques ou constitutionnelles fâcheuses dans lesquelles elles sont placées.

Courty (1879) observe que ces hémorrhagies peuvent éclater tout à coup au milieu de la plus brillante santé, se reproduire à diverses époques, seules, ou alternant avec des pertes blanches, « sans qu'il existe pour cela de lésions organiques de l'utérus ». Il pense qu'après l'âge critique il est difficile de supposer que les métrorrhagies ne soient pas symptomatiques.

D'après Pierre Frank, ces hémorrhagies de la ménopause surviendraient chez des femmes qui ont eu des règles abondantes, ou dont l'utérus est atteint d'une faiblesse relative, suite d'accouchements réitérés et difficiles, de fréquents avortements, etc. (Courty).

Horrocks, en 1887, publia l'observation d'une femme de cinquante-trois ans qui présentait des hémorrhagies utérines et un écoulement infect, survenus après la ménopause. Elle fut intéressante en ce qu'elle donna lieu à une erreur de diagnostic faisant penser à une tumeur maligne dont l'autopsie et l'examen microscopique démontrèrent la non existence. Cette observation est rapportée plus loin.

La même année, Galabin enleva l'utérus chez une femme de quarante-sept ans, qui fut prise de métrorrhagie quelque temps après la ménopause. La même erreur de diagnostic fut commise, comme nous le verrons dans l'Observation III.

La théorie de Fritsch (1893), qui explique les métrites séniles par la sténose du col et la rétention du mucus dans l'utérus, ne nous livre, en aucune façon, la pathogénie de ces formes hémorrhagiques.

Faut-il alors admettre les idées de Levrat, qui, en 1891, établissait une relation étroite entre la métrite hémorrhagique sénile et les affections cardiaques dont ses malades portaient les traces manifestes. L'auteur se demande si l'écoulement sanguin n'est « qu'un épiphénomène favorisé par l'affection cardiaque, chez une malade déjà atteinte d'une métrite devenue putride par rétention et manque de soins, ou bien si le cœur a joué le rôle principal et primitif [1] ». Quoique ne tranchant pas la question, il penche vers l'affirmative cardiaque.

L'affection cardiaque a pu jouer son rôle comme cause aggravante et l'auteur a eu raison d'y insister, mais il va trop loin en lui attribuant les lésions utérines.

A la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux (1892), M. le professeur Boursier signala que, dans un certain nombre de cas, les métrorrhagies des femmes âgées étaient dues à un état inflammatoire ancien ou récent.

Doléris (*Troubles physiologiques non inflammatoires de*

(1) Levrat, Métrite putride cardio-sénile (*Prov. méd.*, 17 oct, 1891).

l'utérus (1893) reconnait bien cette forme infectieuse à côté d'une autre variété, caractérisée par des troubles congestifs, des douleurs, une hypersécrétion, mais sans réaction générale, ni tendance à la propagation aux annexes, et qu'il désigne sous le nom de « fausse métrite de la ménopause ».

M. le professeur Masse, au Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux (1895), était d'avis qu'il fallait rattacher ces métrorrhagies des femmes âgées « à une altération sénile de la muqueuse et du tissu utérin ».

CHAPITRE II

De la Ménopause.

La ménopause ou l'âge critique est une période de la vie de la femme, caractérisée par la cessation définitive des menstrues. Elle a lieu entre 35 et 55 ans, le plus souvent, de 45 à 50. D'après la statistique de Petrequin :

De 35 à 40 ans........	1/8	atteint la ménopause
De 40 à 45 ans.......	1/4	— —
De 45 à 50 ans.......	1/2	— —
De 50 à 55 ans.......	1/8	— —

On peut trouver des écarts plus considérables, et nous tenons d'une malade de la Clinique que sa mère avait vu cesser définitivement ses règles à 32 ans. Au contraire, certaines femmes peuvent continuer à être réglées à un âge très avancé, et M. Audebert (1) a présenté le cas « d'une femme de 81 ans qui, ayant été réglée pour la première fois à 13 ou 14 ans, n'a jamais eu de ménopause. »

La moyenne d'âge pour cette époque se déplace légèrement suivant les latitudes. Dans les pays chauds, elle est précoce (de 38 à 45 ans), et plus tardive sous les climats froids. Ainsi, d'après Ruge, à Christiania, la moyenne est de 48,07. Remar-

(1) *Mém. et Bulletin de la Soc. de Gyn., d'Obs. et de Pœdiatrie de Bordeaux*, 8 nov. 1892.

quons que la puberté suit les mêmes lois; d'où il suit que la période d'activité génitale de la femme est d'égale durée sous les différentes latitudes.

Tant que l'appareil génital de la femme conserve ses propriétés physiologiques il est grandement exposé à des accidents de toute nature mais surtout de nature inflammatoire. Il ne fait en cela que suivre une loi de physiologie pathologique, d'après laquelle un organe est d'autant plus sujet aux maladies qu'il possède une plus grande activité.

La ménopause met-elle un terme à tous ces accidents, ainsi qu'on l'a soutenu pendant longtemps? On sait au contraire aujourd'hui que « la femme qui n'est plus réglée n'en est pas moins exposée à des troubles variés, les uns génitaux, les autres ayant les organes génitaux comme point de départ et dont l'explosion paraît n'avoir attendu que la fin de la vie sexuelle pour se produire ». C'est même la période de choix des troubles diathésiques et des néoplasmes.

S'il arrive souvent que la ménopause s'établisse paisiblement, ne manifestant sa présence que par un arrêt définitif du flux menstruel et quelques légers troubles généraux, il n'est pas rare que cet état ne s'impose qu'au milieu de désordres physiologiques parfois graves. Il semble que l'utérus ne se décide qu'à regret à perdre ses droits et ne prend sa retraite qu'après bien des efforts. Tantôt ce sont des irrégularités, des avances ou des retards plus ou moins considérables qui tendent à s'exagérer ou à diminuer. Tantôt après une suppression menstruelle de quelques mois, et même plus, on voit réapparaître les règles encore une ou plusieurs fois. Ces hémorrhagies sont ordinairement indolores; elles peuvent revêtir parfois un caractère inquiétant par leur fréquence ou leur abondance.

On conçoit aisément que l'appareil génital tout entier, soumis à l'influence de ces congestions intenses et successives, offre un terrain bien préparé pour le développement de l'inflammation; et de tout cet appareil l'utérus est l'organe qui, par son volume, sa situation et la disposition de ses vaisseaux, présente le plus de chances de s'infecter.

La ménopause n'est point une période bien nette à laquelle on puisse assigner des limites exactes. C'est un état qui s'établit peu à peu et parallèlement aux modifications anatomiques de l'appareil génital. Celles-ci, en effet, sont le résultat d'un travail lent et progressif qui s'accentue de jour en jour et peut, à une date plus ou moins tardive, être la cause de certains phénomènes pathologiques.

Il en résulte donc que des affections survenant plusieurs années avant ou après les premiers phénomènes de la ménopause et ne paraissant avoir aucun rapport avec eux peuvent pourtant y être rattachées.

Ce n'est pas seulement dans la fonction génitale que l'âge critique provoque des troubles. Il peut faire sentir ses effets du côté de presque tous les appareils. Le plus généralement ces troubles généraux consistent en perturbations d'ordre circulatoire et en quelques phénomènes nerveux (Bruant, Th. Paris, 1888); mais l'on a observé aussi des phénomènes plus graves, que nous allons rapidement énumérer.

Signalons d'abord les congestions, qui peuvent intéresser les principaux viscères, en particulier, les poumons, le cerveau, et déterminer même de véritables hémorrhagies (hématémèses, hémoptysies, rectorrhagies, etc.).

On a noté encore l'altération du rythme du cœur qui peut aller jusqu'à l'asystolie; l'oppression respiratoire plus ou moins intense; l'hyperesthésie du système nerveux, caractérisée par la gastralgie, l'entéralgie, les migraines, etc.; la manie épileptique, la disposition à l'alcoolisme (Tait); la dyspepsie gastro-intestinale avec ses terribles conséquences.

Comme complément à ces quelques considérations, nous devons signaler les modifications anatomiques que la ménopause fait subir à l'utérus et que nous empruntons à la lettre de M. Marc Collinet.

A l'examen de l'utérus sénile, le caractère qui frappe tout d'abord est son atrophie plus ou moins marquée. D'après de Graaf, cité dans la thèse de Rocque, l'utérus reviendrait au volume qu'il avait chez la vierge. Pour Pelouze, il resterait

plus grand que dans la jeunesse. L'atrophie porte sur toutes les parties de l'organe. Le col s'efface peu à peu et devient, à un âge avancé, tout à fait rudimentaire. Parfois même on ne le voit plus saillir au fond du vagin. Sa consistance est aussi diminuée ; le corps est amoindri, ses parois sont devenues plus minces.

On a noté des cas où l'orifice interne du col était fortement resserré. D'après M. le professeur Sappey, il est rare de le trouver tout à fait oblitéré; Mais M. Guyon pense au contraire que cette occlusion est un fait presque constant.

L'examen microscopique permet de noter du côté du parenchyme une sclérose diffuse, qui semble être la cause de l'atrophie de l'organe. Cette lésion a pour point de départ les parois artérielles (M. Collinet). Williams avait déjà constaté l'épaississement et l'hyperthrophie de ces points. L'artério-sclérose, ici comme dans beaucoup d'autres organes, étend peu à peu ses lésions aux tissus du voisinage. Le tissu fibreux envahit les éléments musculaires lisses de l'utérus ; il finit par les étouffer et par se substituer à eux : il en résulte une rétraction des parois utérines.

La muqueuse aussi est notablement transformée. Son épaisseur est diminuée. Les cellules de l'endothélium ont perdu leur forme normale; elles sont aplaties, atrophiées et privées de leurs cils vibratiles. Le protoplasma est envahi par des granulations de nature graisseuse. En certains points le revêtement épithélial a même complètement disparu, sans qu'on puisse observer des traces d'inflammation ou d'érosion.

« L'élément conjonctif, le derme muqueux, s'hyperplasie et devient envahissant : il étouffe peu à peu les glandes enfoncées dans sa profondeur, et celles-ci, ordinairement après une période d'activité critique, s'atrophient complètement » (Doléris). Bientôt ce tissu scléreux se rétracte et aboutit à l'atrophie de la muqueuse dans sa totalité.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Les travaux d'anatomie pathologique publiés jusqu'à ce jour sur les métrites hémorrhagiques des femmes âgées sont assez rares et insuffisants pour la plupart. Le chapitre de M. Delbet, dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, est ce que nous avons trouvé de plus précis sur ce point.

L'occasion ne s'est pas présentée pour nous d'étudier au laboratoire les lésions qui existent dans ces cas. Nous devrons souvent nous rapporter à des observations que nous avons trouvées dans la science. Nous avons consulté aussi différentes publications dont nous comparerons et discuterons les conclusions.

Examen macroscopique. — Tantôt l'utérus a son volume normal et ne présente aucune modification notable dans son aspect extérieur; tantôt il est augmenté dans ses dimensions : les parois sont épaissies, le col est gros, la cavité agrandie. L'hypertrophie peut aussi porter sur le corps seulement, et le col, au contraire, est petit et conique. Dans d'autres cas, il y a diminution dans la totalité de l'organe, les parois sont minces, mais la cavité n'est pas notablement modifiée. L'orifice du col peut être petit, punctiforme ou, au contraire, assez largement ouvert.

Quant à la muqueuse, son épaisseur est diminuée d'une façon appréciable; sa surface est unie, lisse, à la façon d'un parchemin. Mais, dans certains cas rares, la muqueuse peut

atteindre jusqu'à 10 et 15 millimètres, tandis qu'à l'état normal elle est de 1 millimètre. La surface est alors mollasse, boursouflée, et peut même être recouverte de fongosités.

Examen microscopique. 1° *Lésions du corps utérin.* — La structure du stroma de la muqueuse utérine normale a été très discutée. Certains auteurs ont comparé celle-ci à un ganglion lymphatique étalé, d'autres y ont trouvé des éléments musculaires. Pour M. Cornil, la muqueuse utérine est formée de tissu conjonctif avec de petites cellules et des noyaux ovoïdes. Ces éléments se gonflent et se multiplient dans les inflammations. Ils sont parfois en si grand nombre, pressés les uns contre les autres, qu'ils offrent l'aspect du sarcome. D'autres cellules plus volumineuses se rapprochent par leur taille et leur forme des cellules de la caduque, ainsi que l'ont constaté Schrœder et Léopold Meyer. Au lieu d'être accolées les unes aux autres, ces cellules peuvent être encore séparées par un tissu conjonctif mou et riche en suc. On y trouve aussi des cellules migratrices sorties des vaisseaux par diapédèse.

A une période plus avancée, de nouvelles modifications se produisent dans les lésions du tissu conjonctif. Voici comment Delbet les décrit : « Au lieu d'une grande quantité de cellules arrondies ou ovoïdes situées au contact les unes des autres ou bien séparées par un tissu conjonctif mou et riche en suc, on voit paraître un grand nombre de cellules fusiformes, à noyau ovoïde; en même temps, le tissu conjonctif devient épais, dur, fibreux. Les glandes sont emprisonnées dans cette gangue épaisse, s'atrophient et même, dans les formes extrêmes, finissent par disparaître complètement. »

Collinet explique ces phénomènes par l'artério-sclérose physiologique se généralisant rapidement. à cet âge de la vie, à tout l'appareil génital.

Mais il existe de plus, dans cette muqueuse transformée, certaines lésions vasculaires que nous étudierons dans un nstant et que l'artério-sclérose ne suffit pas à expliquer.

Quant au revêtement épithélial, il subit aussi des change-

ments d'état assez caractéristiques. Déjà, Klob les avait signalés; les auteurs allemands, et en particulier Heitzmann, les ont ensuite étudiés. Les cils vibratiles disparaissent; les cellules s'aplatissent progressivement, deviennent cubiques et finissent par rappeler l'aspect des cellules pavimenteuses. Il y a même parfois une véritable kératinisation. Mais la diversité de forme de ces éléments les différencie de ceux de l'épithélium stratifié. On observe même des points de la muqueuse, dépourvus de cellules épithéliales, qui présentent l'aspect de véritables ulcérations. Cet état a été appelé improprement le psoriasis de l'utérus (Zeller).

Dans la métrite hémorrhagique des jeunes femmes, quoique des lésions importantes portent sur le tissu conjonctif, les glandes pourtant ne disparaissent point complètement, comme dans la forme interstitielle pure, qu'affecte généralement la métrite hémorrhagique des vieilles femmes.

Il ne faudrait pas en conclure que, chez celles-ci, les glandes soient toujours atrophiées. Nous verrons, en effet, que la malade d'Horrocks et celle de Galabin présentent une prolifération glandulaire bien nette de la muqueuse utérine (Obs. II et III). Il se pourrait, peut-être, que dans ces cas on eut affaire à une tumeur maligne dont les caractères n'étaient pas bien évidents.

Les glandes peuvent aussi se transformer en kystes folliculeux, qui ont été décrits par Conan, dans sa thèse (1869).

Un point intéressant dont nous allons nous occuper maintenant est le travail qui se passe au niveau des éléments vasculaires de la muqueuse.

Nous n'insisterons pas sur les fongosités essentiellement vasculaires dont nous avons déjà signalé la rareté.

Déjà Trousseau (1856) avait constaté ces lésions chez les femmes âgées et pensait que leur ressemblance avec les fongosités des jeunes femmes permettait d'admettre qu'elles sont de même nature, c'est-à-dire d'origine inflammatoire.

Les altérations vasculaires, dans l'épaisseur de la muqueuse, doivent attirer davantage notre attention. Là se trou-

vent des vaisseaux sanguins très nombreux et très dilatés qui ont été décrits par Delbet. Voici ce qu'il en dit : « On trouve naturellement dans cette variété une abondante prolifération vasculaire. Les vaisseaux de nouvelle formation, qui ne sont que des capillaires, présentent une forme très irrégulière et atteignent un calibre relativement considérable. Ces vaisseaux sont en général très superficiellement situés, près de la surface libre de la muqueuse, et la plupart des culs-de-sac glandulaires sont au-dessous d'eux. Le grand nombre des vaisseaux, leur dilatation, leur situation superficielle, expliquent les hémorrhagies. »

Cette hyperplasie et cette dilatation vasculaires peuvent se retrouver aussi dans les couches moyenne et profonde de la muqueuse. Mais, tandis que dans les parties superficielles les parois vasculaires n'offrent qu'un simple revêtement endothélial appuyé contre le tissu interstitiel, dans les couches plus profondes elles sont organisées et peuvent présenter un anneau fibreux assez épais, dû à l'élément inflammatoire ou même aux transformations physiologiques de la ménopause.

Du côté du muscle utérin, on n'observe quelquefois que des modifications peu notables ou tout au moins identiques à celles de la ménopause. Dans ces cas, l'utérus a son volume normal ou est plus ou moins amoindri dans son ensemble.

Mais il arrive aussi que la paroi utérine soit épaissie, et l'examen microscopique permet de voir que tous les éléments ne sont pas également hypertrophiés. Les éléments musculaires n'augmentent pas; ils diminuent peut-être. Mais la gangue conjonctive prolifère et il se forme de nombreux faisceaux fibreux dans le tissu utérin. Notons aussi la présence de nombreuses cellules migratrices et de vaisseaux lymphatiques plus ou moins dilatés (de Sinéty). Ici encore, les vaisseaux sanguins peuvent être intéressants à étudier. Leurs paroissont épaissies. Les cellules de la tunique interne sont bourgeonnantes et prolifèrent abondamment. La tuni-

que externe a subi une dégénérescence scléreuse et se confond parfaitement avec le tissu conjonctif environnant. Cette disposition a permis de supposer que ce processus fibreux prenait naissance autour des vaisseaux et constituait une sclérose, surtout vasculaire.

Cette dégénérescence fibreuse doit être nettement distincte de celle qui existe dans l'atrophie sénile de l'utérus. Car, comme l'a constaté Cornil, « il n'y a pas de rétraction cicatricielle du tissu conjonctif, mais au contraire augmentation permanente du volume de l'utérus », tandis que dans l'autre cas il y a une véritable rétraction cicatricielle favorisée encore par la grande abondance du tissu élastique, qui manque toujours dans la métrite que nous étudions.

Avant d'aller plus loin, rapprochons ces lésions de celles qui ont été décrites par Schmid dans sa thèse inaugurale. L'auteur, après avoir examiné tous les troubles caractérisés par des hémorrhagies utérines réserve le nom de *métrites hémorrhagiques* seulement aux cas où les lésions portent sur les vaisseaux de la muqueuse et du muscle, rejetant ainsi de ce groupe tout ce qui a été décrit jusqu'à présent sous ce nom : *métrite hémorrhagique de la puberté*, *métrite hémorrhagique post abortum*. Au sujet de la *métrite hémorrhagique de la ménopause*, l'auteur est moins affirmatif. S'il est vrai que dans le chapitre qu'il lui consacre, il semble la mettre tout à fait à part de la forme nouvelle qu'il décrit, plus loin, il revient sur cette première opinion, et, faisant allusion aux modifications vasculaires qu'il vient d'étudier, il s'exprime ainsi : « Il est possible que dans les métrites de la ménopause on rencontre des lésions analogues, mais cela reste à démontrer ». D'ailleurs, Quénu, qui en 1893, faisait le premier sur cette forme anatomo-pathologique un travail approfondi, émettait la même idée d'une façon plus nette encore : « Je rapproche enfin de mon observation, la courte description anatomique que donne Delbet au chapitre Endométrite hémorrhagique du *Traité de chirurgie* ». Cette description n'est autre que celle que nous avons citée; elle a été

écrite à propos de l'endométrite hémorrhagique des vieilles femmes.

Une très intéressante observation de cette forme pathologique a été publiée par MM. R. Pichevin et Aug. Petit (*Gaz. Méd.*, Paris, nov. 1895). Il n'y avait dans l'utérus ni fibrome, ni dégénérescence maligne. Les lésions les plus manifestes portaient sur les vaisseaux sanguins, et aussi sur le tissu conjonctif périvasculaire, qui était anormalement développé. Le tissu musculaire avait disparu en partie. Ici, la malade n'était âgée que de trente ans quand les hémorrhagies commencèrent.

MM. Pilliet et Baraduc publièrent également le cas d'une jeune femme atteinte de métrorrhagies rebelles et dont l'utérus présentait aussi tous les caractères de l'angiome caverneux. Ils considérèrent ce cas comme d'origine nettement inflammatoire.

En quoi consistent ces lésions? Nous cédons ici la parole à M. Schmid : « En résumé, on rencontre dans la métrite hémorrhagique angiomateuse, une dilatation des vaisseaux embryonnaires dans la muqueuse.

Cette dilatation peut arriver au type caverneux. Elle peut être isolée; elle paraît plus souvent s'accompagner de lésions du parenchyme musculaire, caractérisées par un processus de sclérose siégeant autour des artérioles, s'accompagnant de la formation de travées du tissu conjonctif jeune dans lequel on peut retrouver des capillaires en voie d'accroissement et dilatés. A une période avancée de l'affection, les lésions de sclérose ont subi leur évolution habituelle, le tissu musculaire est étouffé par les faisceaux conjonctifs, et les vaisseaux possèdent une paroi épaisse entourée d'une coque fibreuse. »

Il est vrai que dans les observations que nous citons on ne retrouve pas absolument toutes ces lésions. Ainsi, on ne rencontre point de dilatation ni de multiplication vasculaires au-dessous de la muqueuse. D'autre part, les lésions des vaisseaux n'atteignent pas le type caverneux. Mais il n'existe

en somme qu'une différence de degré entre la forme décrite par Quénu sous le nom de « dégénérescence caverneuse » et les lésions que nous avons rapportées.

De plus, tandis que MM. Pichevin, Petit et Schmid ont toujours trouvé la muqueuse très saine ou présentant seulement un très fin pointillé rouge, nous avons vu plus haut que dans les cas que nous étudions, celle-ci était généralement atrophiée jusque dans son épithélium, et quelquefois épaissie, mollasse, présentant des fongosités de nature vasculaire ou même glandulaire.

Quelques autres lésions ont été observées encore par certains auteurs. Ainsi J. Heitzmann pense que dans les métrites hémorrhagiques il existe un allongement considérable des cellules de l'endothélium utérin qui peuvent tripler de longueur.

M. Cornil a observé chez une femme âgée, atteinte de métrite chronique à forme hémorrhagique, une petite tuméfaction rouge et grenue semblable à une fraise. Il y avait en outre un petit myome de la paroi musculaire de l'utérus. L'examen microscopique permit d'observer dans la partie saillante beaucoup d'œufs de Naboth et des glandes en tubes hypertrophiées, contenant presque toutes des moules hyalins durs, cylindriques, de 30 à 40 millimètres de diamètre transversal.

2° *Lésion du col utérin.* — Certains auteurs ont prétendu que, chez les vieilles femmes ayant subi les phénomènes de la ménopause, la métrite hémorrhagique intéressait généralement la muqueuse du col seulement (Tillaux). Nous avons cru remarquer que si ces lésions sont fréquentes, elles sont d'ordinaire associées à celles du corps utérin.

Nous n'insisterons pas sur leur nature, qui est à peu près identique à celle des lésions du reste de l'organe; toutes les modifications déjà signalées peuvent se retrouver ici. Disons seulement qu'à ce niveau surtout, on note une participation importante du tissu musculaire au processus inflammatoire

et un grand nombre de kystes glandulaires, quand les glandes ne sont pas étouffées par le tissu fibreux.

Il semble résulter de ce chapitre que la métrite hémorrhagique serait une entité morbide, caractérisée en particulier par une localisation inflammatoire sur les vaisseaux sanguins de la muqueuse utérine. Mais cette question n'est pas absolument démontrée et mériterait d'être étudiée plus complètement que nous ne pouvons le faire. On a, en effet, trouvé de l'artérite et de la phlébite dans la muqueuse de l'utérus, alors que la malade n'avait pas eu d'hémorrhagies utérines.

CHAPITRE IV

Pathogénie. Etiologie.

Nous devons nous demander maintenant comment s'établissent ces différentes lésions et sous quelles influences elles se produisent.

Ces métrites hémorrhagiques se montrent à une époque absolument indéterminée. On les voit parfois éclater dès que la femme a cessé d'être réglée ; dans d'autres cas, les plus nombreux, l'affection n'apparait qu'un très grand nombre d'années après la disparition du flux menstruel. On l'a observée chez des femmes de plus de quatre-vingts ans. Elle frappe aussi bien les femmes ayant eu des enfants que celles qui n'ont jamais été enceintes. Elle est indépendante des antécédents héréditaires ou personnels, où l'on trouve quelquefois le cancer (Patru). le rhumatisme (Duncan) ou une santé florissante.

Dans un grand nombre de cas, il ne faut chercher la cause des métrorrhagies que dans les modifications physiologiques que la ménopause imprime à l'utérus. Nous avons vu qu'à cette époque l'utérus, en même temps que toutes les autres parties de l'appareil reproducteur, perd ses éléments actifs. et à leur place se forme du tissu fibreux. Le centre de formation de ce processus scléreux se trouve être ici, comme dans d'autres organes, l'appareil vasculaire sanguin. Les artères de la muqueuse et du tissu utérin présentent une dégénérescence scléreuse et des altérations athéromateuses : leurs

parois deviennent alors rigides et épaisses (Hermann et Tourneux). Sous l'influence des poussées sanguines elles cèdent peu à peu et le calibre de ces vaisseaux offre des dilatations irrégulières. Si l'on songe qu'au moment de la ménopause, l'utérus subit des congestions intenses et fréquentes, l'on comprendra aisément que les parois vasculaires, déjà affaiblies puissent se rompre sous l'influence de ces augmentations de tension. Les artères superficielles verseront facilement le sang à la surface de la muqueuse utérine. Quand la rupture a lieu plus profondément le liquide fuse peu à peu à travers les éléments anatomiques jusqu'à ce qu'il parvienne dans la cavité utérine.

Cette théorie est celle adoptée par beaucoup d'auteurs pour expliquer les hémorrhagies rebelles de la ménopause, et voici comment s'exprimait M. le professeur Masse au Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux (1895) : « Il y a certainement encore une certaine obscurité dans l'étiologie des hémorrhagies que l'on voit survenir chez des femmes âgées. Il est évident qu'elles peuvent se produire sans qu'il n'y ait ni lésion grave et maligne de la muqueuse, ni tumeur intra-utérine; elles peuvent être même indépendantes d'une inflammation aiguë ou chronique; je crois qu'il faut les rattacher à une altération sénile de la muqueuse et du tissu utérin. »

Les malades présentent quelques troubles congestifs avec des douleurs banales lombaires ou sus-pubiennes, une hypersécrétion ou viciation des sécrétions naturelles : mais jamais il n'y a tendance à la propagation aux annexes, ni signes d'infections vrais (Doléris).

A côté de ces cas où les hémorrhagies utérines semblent dépendre seulement des modifications propres à la ménopause, il en existe d'autres, comme nous l'avons indiqué au chapitre précédent, où l'utérus présente des lésions différentes de celles de l'artério-sclérose. Nous ne prétendons pas que celle-ci soit tout à fait étrangère à leur production, mais elle nous semble insuffisante pour expliquer certaines alté-

rations morbides. Si la dégénérescence scléreuse, en effet, peut par sa localisation sur les vaisseaux produire dans certains cas une diminution de résistance de leurs parois et par suite un agrandissement de leur calibre aboutissant à une rupture, nous ne pensons pas qu'elle puisse expliquer la néoformation vasculaire que l'on constate dans la muqueuse utérine, pas plus que l'hyperplasie particulière du tissu conjonctif et la présence des cellules du pus entre les fibres musculaires. Il nous semble donc que ces lésions sont dues à l'action commune de l'artério-sclérose et de l'élément inflammatoire.

Il est certain que ce n'est pas la ménopause *seule* qui aboutit spontanément à la métrite, car, pas plus que dans la métrite des vierges il ne peut se créer un état inflammatoire en dehors de l'élément infectieux ; celui-ci est la cause déterminante. Mais les mauvaises conditions de vitalité de l'organe jouent aussi un rôle capital en favorisant l'infection ou le réveil d'une inflammation ancienne (Doléris). Pour cette raison le terme de métrite hémorrhagique de la ménopause nous semble s'appliquer parfaitement à l'affection qu'elle désigne.

Pendant longtemps on a prétendu que la ménopause mettait fin aux inflammations de la muqueuse utérine (Becquerel, Gallard), ou tout au moins les améliorait sensiblement (Duparcque). Henri Bennet pense même qu'il suffirait, s'il était possible, de supprimer le flux cataménial pendant six mois chez la jeune femme, pour guérir les phlegmasies utérines. Enfin, Scanzoni dit n'avoir jamais vu la métrite chronique faire son apparition à partir de la ménopause.

Lisfranc ne partage point cette opinion et voici comment il s'exprime dans une de ses cliniques de la Pitié : « Elle est extrêmement fréquente à l'époque de la cessation des règles et pendant un temps assez long après cette cessation : l'observation journalière a démontré ce fait ; je suis étonné qu'il ait échappé à beaucoup de médecins. »

Pour Aran également, l'influence curative de la méno-

pause est loin d'être démontrée. Quant aux auteurs modernes, ils ont observé à différentes reprises des endométrites à la ménopause, et Van Peteghem et récemment Richard les ont décrites dans leurs thèses inaugurales.

On peut donc admettre que, dans bon nombre de cas, l'inflammation joue un rôle important dans les lésions que nous avons citées.

Comme le pense M. le professeur Boursier, la date de l'infection peut être variable. « Il s'agit là souvent d'endométrites plus ou moins anciennes, tantôt d'inflammations récentes et assez légères, tantôt d'endométrites très anciennes, silencieuses depuis un grand nombre d'années et réveillées sous l'influence de causes banales, fatigues, absence de soins, etc. »

Cette différence dans l'époque de l'infection semblerait peut-être expliquer les diverses lésions que nous avons constatées. La présence de fongosités sur la surface utérine, la consistance molle de la muqueuse paraissent coïncider avec des pertes blanches anciennes, tandis qu'une inflammation récente, attaquant l'utérus déjà en involution sénile, paraît ne modifier que bien légèrement l'aspect de sa muqueuse. On trouve pourtant des cas qui sont en contradiction avec cette idée.

Nous ne prétendons certes pas que ces hémorrhagies utérines pendant le cours d'une métrite chronique se rencontrent exclusivement à la ménopause. Mais l'on admettra avec nous qu'à cette période de la vie l'utérus, subissant des modifications physiologiques, surtout dans son système vasculaire sanguin, offrira un terrain mieux préparé à l'infection et où les deux éléments sclérose et inflammation associeront leur action. Par suite, l'affection prendra un caractère plus sérieux et mérite par ce point d'être distraite des métrites chroniques ordinaires.

L'infection peut, pour des raisons inconnues, se localiser sur l'élément vasculaire, comme ce fait existe du côté de la muqueuse ano-rectale et de celle de l'urèthre. M. Quénu a

démontré la nature infectieuse des dilatations hémorrhoïdaires et il pense qu'il en est de même pour les angiomes de l'urèthre.

Dans les cas où la muqueuse utérine est lisse et présente plutôt une atrophie scléreuse, l'infection a dû se localiser d'emblée sur les vaisseaux, à moins d'admettre que les lésions superficielles, évidentes au début, aient disparu sous l'influence du traitement institué ou de toute autre condition (Pilliet).

Il y aurait donc tout d'abord des altérations de la paroi des vaisseaux d'ordre infectieux. A ces lésions viendraient s'ajouter toute une série d'augmentations brusques et répétées de la tension vasculaire, dont, pour la localisation utérine, il faudrait peut-être chercher la cause dans un phénomène réflexe.

Mais le point de départ de ce réflexe est encore à trouver. Il est possible que, chez les femmes âgées, ces congestions utérines soient sous la dépendance du travail même que la ménopause fait subir à cet organe.

En outre de la dilatation des artères, l'élément inflammatoire produit encore la prolifération des vaisseaux de la muqueuse. Nous ne croyons pas, en effet, que l'artériosclérose puisse expliquer ces néoformations.

Il est important, au point de vue étiologique, de savoir s'il existe des micro-organismes à l'état normal dans le corps utérin.

Il est certain qu'il y en a un grand nombre, dont plusieurs pathogènes (staphylocoques, etc.), dans les sécrétions ordinaires du vagin. Mais, d'après les travaux de M. Stroganoff, il n'y en aurait ni dans le corps utérin ni même dans le col; les micro-organismes ne dépasseraient pas l'orifice externe du col. Ces observations portèrent sur des filles nouveau-nées, chez des femmes adultes et après la ménopause. D'après M. Stroganoff, l'acidité vaginale ne serait pas le seul agent qui empêcherait le développement des staphylocoques dans l'utérus. Les micro-organismes du vagin, par la sécré-

tion de certains produits, agiraient aussi dans ce sens. Mais, sous l'influence de certaines circonstances, les germes pathogènes peuvent au contraire trouver des conditions favorables à leur développement (Villatte de Peufeilhoux).

Nous passerons rapidement en revue ces différentes causes qui sont les mêmes que celles des inflammations utérines de toute autre nature. Ces conditions peuvent se ranger en deux groupes : celles qui agissent directement sur l'utérus et celles qui ont des rapports plus indirects avec cet organe.

Causes locales. — Au premier rang, nous citerons les congestions intenses et répétées de l'utérus, dont nous avons parlé à propos de la ménopause, et qui préparent aux agents infectieux un excellent terrain de développement.

Les causes directes telles que la danse, l'équitation, la bicyclette, les coïts répétés ou impétueux, en un mot tous les traumatismes portant sur l'utérus, le mettent dans un état de moindre résistance propre à l'envahissement microbien. La malpropreté du vagin, la sténose de l'orifice du col et les rétrodéviations de l'utérus, en déterminant la rétention d'une certaine quantité de liquide dans l'utérus, agissent dans le même but.

Nous n'oublierons pas les salpingites suppurées qui sont le point de départ de certaines métrites hémorrhagiques. Ainsi que l'ont observé MM. Pilliet et Baraduc, la muqueuse peut être relativement saine et c'est par la trompe, remplie de pus, que s'est faite l'infection du tissu utérin.

Causes générales. — La mauvaise hygiène, les diathèses, ont une influence évidente sur les inflammations de l'utérus (Martineau), elles favorisent l'action nocive de certaines causes.

Quelques auteurs ont prétendu que l'inflammation de l'utérus pouvait dépendre d'une maladie infectieuse. Suivant Delbet, il faut distinguer là deux cas. Il est certain qu'on voit souvent se produire, au cours de ces maladies, des métrorrhagies plus ou moins abondantes ; mais il n'est pas certain que ces métrorrhagies soient dues à de véritables métrites ;

elles peuvent être sous la dépendance de phénomènes congestifs, qui se produisent fréquemment du côté de l'ovaire dans ces cas. Quant à des métrites véritables, s'il en survient à la suite des fièvres éruptives, elles ne sont pas la conséquence directe de ces maladies, du moins on n'a jamais trouvé de métrites post-typhoïdiques par exemple, déterminées par le bacille d'Eberth. Si les fièvres éruptives ont une action, c'est d'une manière tout à fait indirecte, en diminuant la résistance des tissus.

CHAPITRE V

Symptômes.

Les symptômes que l'on observe sont de nature diverse, et pour les exposer d'une façon plus nette, il nous semble préférable de les diviser en signes locaux et signes généraux.

I. *Symptômes locaux*. — Ce sont eux qui jouent le plus grand rôle ; ils traduisent directement l'état de l'utérus et sont les premiers à nous avertir des modifications qui s'y passent. Nous considérerons d'abord les troubles fonctionnels, puis nous passerons aux signes fournis par l'examen physique.

Signes fonctionnels. — La douleur est ici un élément excessivement variable. Il est beaucoup de cas où elle semble absolument nulle ; il est rare pourtant qu'en l'absence de toute douleur la malade n'éprouve des sensations anormales dans la région de l'organe atteint. Le plus généralement c'est une sensation de chaleur dans le bassin, de pesanteur sur le fondement, sensation qui tend à disparaître par le repos et qui s'accentue au contraire proportionnellement à la fatigue. Ce sentiment de poids doit être attribué à un certain degré de prolapsus qui se produit sous l'influence des congestions répétées de l'utérus ou au moins, en dehors de toute chute, à l'augmentation de poids que celles-ci peuvent lui faire éprouver.

D'autres fois il existe réellement de la douleur, mais ce sont

des cas peu fréquents. La malade ressent alors une cuisson dans le bas-ventre avec irradiations dans la région sacro-lombaire. Ces douleurs, d'ordinaire sourdes, sont accompagnées d'élancements sous l'influence de la marche, de la station prolongée même, ou de flux sanguins considérables, mêlés de caillots qui viennent couper les périodes de rémission apparente. Il est possible que, dans un certain nombre de cas, ces crises douloureuses soient dues à des complications du côté des annexes.

Le symptôme le plus important, et qui, dans la plupart des cas, concentre sur lui seul l'attention de la malade et du médecin, est l'hémorrhagie. Elle revêt des caractères qui varient avec les sujets ou avec les divers moments de la maladie.

L'affection peut débuter par des règles abondantes et prolongées qui ne préoccupent pas les femmes tout d'abord. Peu à peu cet état s'accentue, les intervalles entre les périodes menstruelles deviennent de plus en plus courts et finissent même par disparaître, la malade *est toujours dans le sang*.

D'autres fois, les règles ont leur durée à peu près normale, mais elles sont plus fréquentes et, au bout d'un certain temps, l'écoulement prend également le type continu.

Ou bien encore la femme vient vous raconter que depuis déjà plusieurs mois ou même plusieurs années quelquefois elle avait cessé de voir ses règles sans observer aucun trouble de sa santé. Elle pensait donc que la ménopause s'était établie chez elle sans entraîner d'accident. Mais tout d'un coup elle a été surprise de remarquer qu'elle perdait du sang par la vulve. Ces pertes durèrent pendant quelques jours et disparurent. Mais bientôt l'écoulement revenait et, cet état de choses persistant, la femme prise d'inquiétude s'est décidée à une consultation médicale.

Ces hémorrhagies surviennent parfois après un travail exagéré, après de grandes fatigues, mais les exemples sont fréquents où elles apparaissent sans que les malades puissent les attribuer à une cause appréciable.

On peut y trouver des caillots d'un sang plus ou moins noir, surtout quand les hémorrhagies sont intermittentes et surviennent après un temps d'arrêt.

La couleur des pertes est variable, tantôt d'un rouge vif, tantôt d'une teinte noirâtre, quand il y a beaucoup de caillots. Ou bien encore l'écoulement est plus pâle, jaunâtre, rappelant les pertes que l'on observe dans le cancer de l'utérus. Il s'ensuit que la difficulté du diagnostic entre ces deux affections sera parfois grande, car, comme nous le verrons plus loin, les caractères différentiels sont dans certains cas difficiles à noter.

Cet écoulement jaunâtre est dû, la plupart du temps, au mélange du sang et du pus, la lésion vasculaire pouvant être accompagnée de fongosités à sécrétion puriforme, ainsi que nous l'avons vu.

Il peut arriver aussi que dans l'intervalle des hémorrhagies il se produise des pertes franchement purulentes.

Quant à l'odeur, c'est un élément fort variable; et si, dans la plupart des cas, les malades ont des pertes sanguines inodores, il n'est pas rare d'observer dans des cas semblables des écoulements absolument fétides et rappelant ceux du cancer utérin. Nous verrons plus loin, à propos du diagnostic, combien il faut attacher peu de valeur à ce signe dans les cas où il existe.

Signes physiques. — L'inspection peut permettre de constater des traces de sang sur les linges, les cuisses et à la vulve.

Chez certaines femmes on remarque un prolapsus plus ou moins prononcé dans l'effort des parois vaginales. La vulve peut être un peu entr'ouverte. Au palper on trouve un ventre souple, indolore; mais quelquefois il y a une sensibilité exagérée dans la région hypogastrique ou ombilicale particulièrement.

Le toucher permet de noter des parois vaginales sèches, résistantes, ou au contraire souples et plus chaudes qu'à l'état normal. Le col utérin est diminué de volume et ne fait

qu'une saillie peu appréciable chez un grand nombre de malades, effaçant ainsi les culs-de-sac vaginaux. Sa consistance est alors plus dure, sa couleur à peu près normale, et le corps de l'utérus lui-même, atrophié dans son ensemble, se laisse facilement mobiliser. D'autres sujets présentent au contraire un col volumineux, non rénitent, surmonté d'un corps de volume exagéré et plus ou moins mobile. L'orifice du col a une forme variable tantôt punctiforme, tantôt allongé transversalement et permettant l'introduction de la première phalange. Il est d'ordinaire sain ou présente un léger ectropion.

L'hystérométrie est quelquefois impossible, l'instrument ne pouvant pénétrer à cause du rétrécissement de l'orifice du col. Quand elle peut être pratiquée, on trouve la cavité utérine de grandeur normale ou plus ou moins agrandie. Elle détermine souvent une exagération de l'écoulement sanguin.

II. *Symptômes généraux.* — Ces signes n'ont aucun caractère spécial à l'affection qui nous occupe ; on les rencontre dans presque toutes les lésions de l'utérus ou de ses annexes. Certaines malades conservent un état général excellent quand les hémorrhagies sont modérées. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Le visage prend alors un aspect particulier, dit *facies utérin*, il a une teinte jaunâtre, terreuse, les yeux sont cernés, les traits tirés, la face amaigrie.

L'appareil digestif est rapidement troublé. L'appétit disparaît peu à peu. Puis surviennent des nausées, des vomissements même. La digestion est ralentie : il se produit du gonflement de l'épigastre après les repas et de la dilatation stomacale. Il y a généralement de la constipation opiniâtre alternant quelquefois avec de la diarrhée.

Les troubles de la circulation ont aussi une grande importance. Ils résultent des hémorrhagies répétées que la malade a subies et consistent surtout en palpitations, qui surviennent à la moindre émotion ou à la moindre fatigue. Ces circonstances déterminent encore des étouffements, de la faiblesse et une gêne respiratoire assez marquée.

Cette anémie progressive et la préoccupation incessante qu'ont ces femmes de leur état finissent par influencer sur leur système nerveux. Elles deviennent hypocondriaques. Des névralgies variées se font sentir dans différents points de l'organisme et ajoutent à leurs inquiétudes.

La fonction urinaire subit aussi quelques troubles : les envies d'uriner sont plus fréquentes chez un certain nombre de femmes. Ce phénomène peut être dû à la pression que le corps utérin, augmenté de volume, exerce sur le col de la vessie, d'où résulterait une irritation à ce niveau. Il peut aussi être le résultat des relations d'ordre réflexe qui existent entre les deux organes.

Heureusement, dans tous les cas, les accidents que nous venons de décrire n'atteignent pas un degré aussi élevé. Et il arrive bien des fois que les hémorrhagies sont modérées, cèdent facilement au traitement et ne provoquent aucun trouble dans les autres organes. Dans ces cas là les pertes sanguines constituent le seul symptôme de la maladie.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Le diagnostic est un des côtés les plus intéressants de l'étude de la métrite hémorrhagique à l'âge où nous la considérons. On peut dire, d'une façon générale, qu'il est presque toujours délicat et ne peut se faire d'une manière formelle à première vue; et, comme le dit fort judicieusement M. E. Monod, « on sait qu'il n'est pas rare de rencontrer des femmes qui conservent, pendant un temps assez long, une santé relativement bonne et dont l'habitus extérieur ne trahit en rien, avant l'examen, la lésion locale parfois avancée dont elles sont atteintes. »

Nous passerons en revue les différentes affections qui peuvent ressembler par quelque point à cette variété de métrite hémorrhagique, en insistant davantage sur certaines d'entre elles, plus importantes que les autres.

Eliminons immédiatement les retours du flux cataménial, dus à la maturation et à la déhiscence de nouveaux ovules développés dans l'ovaire resté depuis un certain temps silençieux. Ces cas ne sont pas rares, et Puech cite plusieurs exemples de femmes qui sont devenues grosses après la ménopause et qui, toutes, avaient revu leurs règles au moment de la conception (Gallard). La périodicité des pertes, l'analogie de leurs caractères avec ceux des règles permettront généralement de faire le diagnostic.

Demandons-nous maintenant si certaines lésions siégeant

en dehors de l'utérus, mais dans des organes voisins, et en relation étroite avec lui, peuvent présenter, pour leur propre compte, des hémorrhagies telles que celles que nous avons étudiées. Il est possible que des salpingites, des ovarites déterminent par un phénomène réflexe de fortes congestions utérines qui, agissant sur des parois vasculaires sclérosées, puissent déterminer des hémorrhagies durables. L'histoire de la maladie, la constatation de la lésion primitive peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Il y a aussi des hémorrhagies utérines qui surviennent à la suite de traumatismes chirurgicaux ou accidentels. M. Mossé, à la Société anatomique de Paris (séance du 22 décembre 1876), a communiqué l'observation d'une femme de soixante-sept ans, chez qui des ponctions d'un kyste de l'ovaire furent suivies d'écoulements sanguinolents. L'auteur explique ces phénomènes par une congestion utérine d'ordre réflexe. Ces cas sont rares pourtant et l'existence dans les antécédents d'un traumatisme, suivi peu de temps après d'une métrorrhagie, peut aider le diagnostic. D'autre part, dans cette observation, l'écoulement est peu abondant et ne dure que quatre jours au plus.

Les métrorrhagies que l'on remarque à la suite de maladies générales, de fièvres éruptives, ne doivent pas être mises en cause, du moins jusqu'à ce que l'on en ait fourni des observations, prouvant leur nature spécifique. Ainsi que nous l'avons dit, il semble plutôt que ces maladies, en altérant l'organisme tout entier, favorisent d'autant l'artério-sclérose ou préparent le terrain à l'élément infectieux.

S'il est inexact, comme le croyait Levrat, qu'il existe un rapport étroit entre la métrite sénile et l'affection cardiaque, il y a pourtant des cas où celle-ci peut être la cause des hémorrhagies utérines. Mais ils sont rares, et d'ailleurs ces symptômes ne coïncident qu'avec une lésion du cœur assez avancée pour attirer l'attention du clinicien. Il faut, en effet, que l'asystolie soit prononcée pour déterminer du côté de l'utérus une congestion passive aussi intense.

Ainsi que le faisait remarquer M. André Moussous à la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux ([1]), M. Landouzy a observé parfois de véritables hémorrhagies utérines au début de la néphrite interstitielle. L'examen des urines permettrait, dans ces cas, de faire le diagnostic. Et s'il est vrai que, dans certaines métrites hémorrhagiques de vieille date ayant entraîné un profond dépérissement, l'on peut trouver de l'albumine dans les urines, toutefois l'ancienneté des symptômes fera rejeter l'idée de néphrite commençante.

La polysarcie a été également signalée comme une cause prédisposante de la métrorrhagie, et M. Dancel dans un mémoire intitulé « Métrorrhagie chez les femmes chargées d'embonpoint » (*Gazette des Hôpitaux*, 1866) explique cette relation d'une part par le manque de tonicité des tissus, qui sont pénétrés d'une énorme quantité d'eau, d'autre part, par l'état aqueux du sang qui est peu riche en globules (Monod).

Dans plusieurs des observations que nous citons, on remarque, en effet, que les malades sont des femmes très grasses. Quoi qu'il en soit, il nous semble, ainsi que le pense M. le professeur Masse (Congr. Gyn., Obst. et Pæd. de Bordeaux, 1895), que la question mérite encore d'être étudiée, car il se pourrait qu'il n'y ait qu'une simple coïncidence entre l'obésité et les métrorrhagies, l'embonpoint se rencontrant très fréquemment chez les femmes de cet âge. D'ailleurs, dans une observation que nous citons plus loin et où le premier diagnostic porté était celui de métrite hémorrhagique, la malade était obèse et mourut d'un cancer utérin.

M. Marotte a décrit comme métrorrhagies essentielles, celles qui apparaissent chez des femmes atteintes de névralgie lombo-abdominale ou sciatique. Mais, ici, elles ne seraient qu'un symptôme placé sous l'influence de phénomènes vaso-moteurs, à moins d'admettre avec M. Gallard (*Leçons cliniques sur les maladies des femmes*) qu'elles pourraient très

([1]) Séance du 8 novembre 1892.

bien être « comme la névralgie lombo-abdominale elle-même, l'expression symptomatique d'une lésion utérine ou péri-utérine dont l'existence a été méconnue. »

Certaines tumeurs de l'utérus offrent un tableau clinique qui rappelle celui de la métrite hémorrhagique.

Les fibromyomes sous-muqueux de cet organe provoquent des hémorrhagies rebelles. Par les touchers vaginal, rectal, par l'exploration bi-manuelle on peut se rendre compte de la tumeur. Si celle-ci est d'un faible volume, on aura recours au cathétérisme, qui indiquera toujours une augmentation de la cavité utérine, et surtout à la dilatation du col qui permettra une exploration plus complète.

Le fibromyome sous-séreux simule quelquefois une salpingite ou réciproquement, comme dans l'Observation XV. La salpingite peut être reconnue grâce à l'indépendance de la tuméfaction par rapport à l'utérus, que l'on constate par la présence d'un sillon intermédiaire et surtout par la non transmission des mouvements. P. Delbet [1] donne comme signes distinctifs importants : la fièvre, la déformation de l'utérus et la sensibilité à la pression. Il pense pourtant que l'absence de la déformation ne serait pas d'une grande importance en faveur de la salpingite.

« Une tumeur fibreuse interstitielle assez petite pour échapper à l'exploration et assez rapprochée de la muqueuse pour y entretenir un état congestif permanent » (Monod) passera inaperçue pendant un certain temps. Mais que l'on suive la malade, il arrivera souvent que la tumeur, grossissant peu à peu, se laisse enfin découvrir.

Les polypes muqueux sont aussi perceptibles au doigt; mais ils sont quelquefois cachés dans l'intérieur de la cavité cervicale et échappent à l'examen clinique. Dans ces cas, ils pourraient être enlevés par le raclage. D'autre part, ces polypes, au bout d'un certain temps, doivent augmenter de volume et faciliter alors le diagnostic.

[1] P. Delbet, *Des suppurations pelviennes chez la femme.*

Quant au sarcome, s'il est vrai qu'il peut se développer dans l'utérus comme ailleurs, cela pourtant arrive très rarement et chez des sujets jeunes. Leur étude est encore à faire, et ce point ne doit pas nous retarder davantage (Delbet). Il en est de même des autres tumeurs que l'on peut rencontrer exceptionnellement dans l'utérus.

L'affection qui mérite d'attirer plus particulièment notre attention est le cancer de l'utérus.

Le néoplasme du col ne nous retiendra pas longtemps. Au début, les métrorrhagies sont généralement de peu d'importance et ne déterminent pas encore la femme à demander une consultation. Elle ne va trouver le chirurgien qu'à l'apparition de pertes fréquentes ou abondantes ; à ce moment le cancer est ulcéré et le diagnostic assez facile (Delbet). On a alors au doigt la sensation d'une cavité anfractueuse dans la forme cavitaire, et l'examen au speculum permet d'y découvrir un semis de points jaunâtres. Il se produit assez rapidement une perte de substance que l'on ne retrouve point dans la pseudo-ulcération de la métrite (Pozzi).

Quand on a affaire à la forme végétante les symptômes sont généralement encore plus nets.

Mais l'examen, pratiqué dans les premiers temps de la maladie, ne permet pas de se prononcer dans la plupart des cas. Parfois, le gonflement dur et irrégulier du col est dû à des kystes, que la ponction fait facilement reconnaître. Quoique l'on ait prétendu se baser sur l'odeur infecte des écoulements, sur la friabilité des tissus dans le cancer, nous pensons que ces signes sont souvent insuffisants. Nous reviendrons sur ce point, en nous occupant du cancer du corps utérin, qui offre plus d'intérêt.

Le cancer primitif du corps de l'utérus n'est pas aussi fréquent que le cancer du col ; mais la difficulté du diagnostic le rend d'un intérêt capital.

L'âge n'a aucune importance, étant le même que dans la métrite que nous étudions.

Le teint des malades, dans cette affection, offre parfois un caractère particulier. L'amaigrissement rapide dans quelques cas aboutit vite à la cachexie. Mais que de fois ce symptôme fait défaut dans la pratique. Nous avons eu l'occasion de constater plusieurs fois, à la Clinique de gynécologie de M. le professeur Boursier, que des malades atteintes de cancer du col utérin, confirmé depuis plusieurs mois, avaient pourtant conservé un état général à peu près parfait. C'est à peine si elles présentaient quelques troubles digestifs légers en dehors des symptômes locaux.

Dans la métrite hémorrhagique, au contraire, si les pertes sanguines durent depuis de longs mois, l'on peut observer un état d'anémie, d'épuisement assez prononcé pour faire penser à un cancer utérin.

Les caractères de l'écoulement ne constituent pas non plus un élément qui permette de poser le diagnostic. Les pertes du cancer ne sont pas constituées d'ordinaire par du sang pur. Elles sont plutôt roussâtres, sanieuses, surtout quand la maladie date déjà de quelque temps. Mais il n'est pas rare de retrouver des écoulements cancéreux absolument rouges; de même que des femmes atteintes de métrite hémorrhagique peuvent présenter des pertes jaunâtres, car nous avons vu que le pus était parfois mélangé au sang dans les écoulements. Quant à l'abondance elle est très variable et ne peut avoir une grande importance au point de vue du diagnostic.

L'odeur des écoulements mérite-t-elle d'attirer l'attention du clinicien? Sans doute, dans le plus grand nombre de cas elle est caractéristique, et nous avons vu plusieurs fois nos maîtres diagnostiquer un cancer utérin en découvrant simplement la malade. Il s'en dégage, en effet, une odeur qui est considérée comme caractéristique de cette affection; elle est due à la destruction superficielle de la tumeur. Il est certain qu'elle accompagne presque toujours ce néoplasme; mais elle n'implique pas, dans tous les cas, l'existence de cette lésion, car dans la métrite hémorrhagique il peut exister,

surtout quand la lésion est avancée, une fétidité que l'on distingue souvent avec peine de celle du cancer, quoiqu'en dise Lisfranc (Clinique de la Pitié), obs. II, IV, XI, XVII. Aran prétend même que l'odeur infecte existe normalement chez un grand nombre de femmes, résultant sans doute de conditions propres à l'individu.

La fréquence des écoulements, leur mode d'apparition et leur durée, peuvent éclairer le praticien dans beaucoup de cas, mais n'ont souvent aucune valeur.

Grand nombre d'auteurs attachent une importance énorme à la douleur. Delbet attire l'attention sur les douleurs intenses, paroxystiques, coïncidant avec un corps utérin encore peu développé pour le diagnostic du cancer du corps. Simpson, Pozzi et Edis ont signalé dans cette affection des douleurs périodiques. Mais, s'il est vrai en principe que la douleur manque dans la métrite hémorrhagique et constitue au contraire un symptôme important du cancer du corps utérin, que de fois cette théorie est en contradiction avec les faits.

M. le professeur Demons a signalé à la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux ([1]) plusieurs cas de cancer primitif du corps utérin, sans qu'il y eût jamais de phénomènes douloureux. M. le professeur agrégé Rivière et M. Chaleix, ancien chef de clinique obstétricale, rapportèrent aussi des cas de ce genre à la même Société (13 nov. 1894).

Nous avons eu l'occasion aussi, d'observer à la Clinique de M. le professeur Boursier, plusieurs faits semblables. C'étaient des femmes qui venaient consulter parce que les métrorrhagies, dont elles étaient atteintes depuis quelque temps, augmentaient de fréquence, de quantité, ou que leur état général s'affaiblissait. A l'examen, on trouva, dans certains cas, une lésion néoplasique assez avancée ; les tissus voisins commençaient à être envahis et l'utérus était immo-

([1]) Séances du 10 avril 1894, du 13 novembre 1894, du 11 février 1896.

bilisé. A aucun moment elles n'avaient souffert positivement, les tiraillements qu'elles avaient ressentis dans le bas-ventre n'avaient rien des crises douloureuses signalées dans ces cas.

Quand la lésion cancéreuse est avancée et propagée autour de l'utérus, le toucher vaginal permet de constater une immobilisation plus ou moins complète de l'organe qui donne alors la sensation d'une masse empâtée. Mais à une période plus rapprochée du début, l'examen ne dénote qu'une hypertrophie de l'utérus, et nous savons que dans bien des cas la métrite hémorrhagique des femmes âgées présente cette augmentation de volume.

Un signe important, signalé par M. le professeur Demons, est le ramollissement du corps utérin atteint de cancer (Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux, 11 février 1896), mais ce n'est pas non plus un signe suffisant pour affirmer la nature de l'affection.

M. le professeur agrégé Binaud, dans la même séance, a insisté avec raison sur la dilatation maxima de la cavité utérine, qui est « un excellent mode d'examen pour établir le diagnostic du cancer du corps utérin à son début ». Cette dilatation peut permettre à l'exploration digitale de déceler en un point limité une petite tumeur, dont on peut faire l'examen histologique. Cette pratique donna de bons résultats à M. le professeur Demons et à M. le professeur agrégé Lefour.

L'examen anatomo-pathologique est encore un moyen de diagnostic digne d'attirer notre attention. Disons tout d'abord qu'il existe une grande analogie entre les lésions de l'épithélioma cylindrique et celles de l'endométrite.

Pour que l'examen histologique soit significatif, pense M. le professeur Coyne, il faut un fragment d'une certaine épaisseur, et encore cet examen peut ne pas être concluant si la muqueuse n'est pas envahie dans toute son étendue et si le morceau enlevé se trouve ne pas correspondre à la zone malade. C'est presque toujours l'épithélioma à type cylindrique (tubulé ou lobulé) qui envahit le corps utérin. Exami-

nons quels sont les principaux caractères qui peuvent permettre de faire le diagnostic.

D'après M. Cornil, « dans la métrite chronique, la couche de cellules plates située entre la paroi glandulaire et le tissu conjonctif interglandulaire est peut-être plus ou moins bien conservée. Dans l'épithéliome à cellules cylindriques on ne voit pas de cellules plates en dehors de la paroi des alvéoles, le tissu conjonctif,qui offre de nombreuses cellules embryonnaires, donne directement insertion aux cellules épithélioïdes.

» Dans la métrite chronique il est presque toujours possible de trouver par place des cellules cylindriques ayant conservé leurs cils vibratiles. On ne trouve jamais de cils vibratiles dans les cellules de l'épithéliome.

» Dans la métrite chronique, la transformation muqueuse se fait seulement au sommet de la cellule. Dans l'épithéliome muqueux, on trouve habituellement des cellules caliciformes, à bords nets, à cavité remplie en entier par du mucus débordant, à noyau plus ou moins refoulé vers la périphérie.

» Enfin, dans l'épithéliome à cellules cylindriques, on observe souvent de nombreuses couches de cellules situées les unes au-dessus des autres, végétantes, formant une paroi épaisse à l'intérieur des cavités anormales irrégulières et plus ou moins considérables. Lorsque ces alvéoles de l'épithéliome sont assez grands, ils offrent à leur surface de petites papilles, parfois en grand nombre, tapissées de cellules cylindriques. »

Quoi qu'il en soit, ces caractères différentiels peuvent ne pas être suffisamment indiqués et de nombreux cas d'erreur ont été signalés par les auteurs.

Solowij a publié en septembre 1891, dans *Centralblatt für Gynakologie*, une observation où la clinique permettait le diagnostic de cancer, mais où le microscope, à deux reprises différentes, engagea les professeurs Paltauf et Weichselbaum à proclamer la bénignité de la tumeur, alors que le troisième examen en démontra au contraire le caractère malin (Bisch).

Cornil, Abel, Landau, Routier (Congr. chir., in *Gaz. hebd.*, mars 1888), Cushing reconnaissent que toujours le microscope se perd au milieu de ces productions de raclage et les attribue presque toujours à une endométrite chronique.

Quand l'examen porte sur un morceau de tissu enlevé au bistouri ou aux ciseaux, les résultats ne sont pas plus certains. Ainsi Klotz (Congrès de Gyn. de Dresde, mars 1891) a enlevé dix-sept utérus cancéreux. L'examen microscopique avait été fait au préalable : 8 fois seulement il avait été positif, il avait été douteux 3 fois, et 6 fois le cancer avait été pris pour une lésion bénigne.

Lawson Tait, Cornil, n'ajoutent aussi que peu de confiance dans l'étude microscopique pour le diagnostic de ces affections. Rappelons toutefois que la dilatation maxima de la cavité utérine peut, comme nous l'avons vu, rendre un grand service à l'examen anatomo-pathologique (Binaud).

Le résultat n'est donc satisfaisant que lorsque la lésion est reconnue nettement maligne ; dans tous les autres cas le doute doit persister.

En somme, il résulte de ce que nous venons de voir que le diagnostic est souvent délicat entre la métrite hémorrhagique et le cancer utérin ; il est même parfois impossible, malgré l'opinion de Gusserow, qui le déclare très simple et très facile. Nous savons bien que certains défenseurs de l'anatomie pathologique considèrent l'examen microscopique comme à peu près infaillible. Sans discuter ici la valeur de leur opinion il sera facile de faire admettre avec nous que c'est une méthode qui n'est pas à la portée de tout le monde médical, et bon nombre de praticiens éloignés des grandes villes ne seraient point à même de pratiquer ou de faire pratiquer un examen microscopique.

C'est surtout sur les signes cliniques que le chirurgien devra baser son diagnostic. Il pourra discuter la valeur des causes générales et les éliminer s'il n'en trouve point. Il pourra constater la présence de salpingite, d'ovarite, de la plupart des tumeurs utérines. Mais quand il aura rejeté tout

cela, la difficulté ne sera pas toujours enlevée. Nous avons vu que tous les caractères du cancer du corps utérin pouvaient se retrouver dans la métrite hémorrhagique, depuis l'âge de la malade jusqu'aux symptômes les plus délicats. L'Observation XV nous en offre un exemple saisissant. Pendant de longs mois et malgré un examen des plus minutieux, la nature des métrorrhagies fut difficile à découvrir.

Tant qu'on n'aura pas trouvé la véritable cause, on devra répéter ses investigations. « L'observation démontre en effet que telle perte sanguine, qui est considérée aujourd'hui comme essentielle en raison de l'absence de signes positifs, deviendra, dans un avenir plus ou moins éloigné, nettement symptomatique » (E. Monod). Citons, à ce propos, l'observation suivante, qui était présentée comme un cas de métrite hémorrhagique :

Observation

(Rivière, *Mém. et Bull. de la Soc. de Gyn., d'Obst. et Pædiatrie de Bordeaux*, 8 novembre 1892.)

Femme de soixante-quinze ans, très grasse, dont les règles ont cessé à l'âge de quarante-neuf ans. Il y a deux ans ont apparu de véritables hémorrhagies mensuelles. Malgré le refus d'examen de la part de la malade, je pensai à l'existence d'un fibrome. Enfin, dernièrement, elle a consenti à se laisser examiner et je n'ai rien trouvé. Le col est sain ; la cavité utérine est saine et saignante. Je dois ajouter que cette malade est obèse et diabétique. Je lui fais suivre le même traitement qu'à la précédente (1).

Voici le complément de l'observation que M. le professeur agrégé Rivière a bien voulu nous communiquer :

(1) Ce traitement consistait en cautérisations de la muqueuse utérine avec de la glycérine créosotée au 1/3.

Mais mes prévisions à son sujet ne se sont malheureusement pas réalisées.

Après quelques mois pendant lesquels les sécrétions sanguinolentes, toujours sans odeur aucune, ont continué à se produire, l'utérus a commencé à augmenter de volume. en même temps qu'apparaissaient entre les lèvres du col des végétations blanchâtres, saignant au moindre contact et tendant sans cesse à faire irruption dans le vagin. Bientôt l'utérus eut atteint l'ombilic. A ce moment le doute n'était plus permis et l'examen microscopique de l'une de ces végétations témoignait nettement de la nature cancéreuse de l'affection.

En raison de l'état général, très mauvais par le fait d'un diabète fort ancien (75 à 80 gr. de sucre par litre, et 6 à 7 litres d'urine par jour), je ne jugeai pas, malgré la localisation exacte de l'affection à la paroi utérine, qu'il fût possible de songer à l'opération radicale par l'abdomen ou par le vagin, mais pour enrayer autant que possible l'envahissement du néoplasme, je décidai un curettage. Il ne présenta aucun incident, mais nous permit d'extraire de la cavité utérine une masse de végétations dont le volume dépassait notablement celui d'une tête de gros fœtus à terme.

L'amélioration, du reste, fut immédiate : les hémorrhagies disparurent, les forces revinrent et il sembla que la santé voulût se rétablir. Ce ne fut évidemment qu'une éclaircie. Quelques mois après, l'utérus augmentait de nouveau de volume, les hémorrhagies reparaissaient quoiqu'encore peu abondantes, lorsque la malade fut emportée en deux jours par du coma diabétique ; elle n'eut même pas le temps de succomber aux progrès de son affection cancéreuse.

Avec le temps on arrive donc à trancher la question, mais ce n'est point un moyen pratique de diagnostic ; tout au plus peut-il servir à le confirmer. Il est en effet d'un intérêt capital de savoir, le plus tôt possible, de quelle lésion il s'agit, car, suivant la nature de celle-ci, le pronostic varie et le traitement est différent ; une intervention rapide peut permettre, dans certains cas, de sauver la malade.

Nous savons qu'on a prétendu trancher la question en proposant l'hystérectomie vaginale, dans le cas de diagnostic

incertain. Ces auteurs, au lieu de trouver une solution au problème, ne font que supprimer le problème lui-même. Nous pensons qu'il faut rejeter l'hystérectomie d'emblée, à moins que l'on ait des raisons sérieuses pour penser à la tumeur maligne.

Ce n'est pas que nous condamnions absolument l'hystérectomie vaginale dans la métrite hémorrhagique ; nous verrons au contraire, au chapitre du traitement, quelles sont ses indications.

Nous avons vu employer, par M. le professeur Boursier, une méthode qui lui a donné de bons résultats, au point de vue du diagnostic. Avec un pinceau de ouate il fait des badigeonnages intra-utérins au perchlorure de fer en solution à 1/10. Quand la femme est atteinte d'un cancer, les hémorrhagies ne subissent aucune modification ou tout au plus diminuent légèrement pendant une durée fort courte après le badigeonnage. Mais elles ne cessent jamais complètement, quelque longtemps qu'on répète les séances, et reprennent vite leur intensité première. S'agit-il au contraire d'une métrite hémorrhagique, les effets sont différents. Il peut se produire un arrêt complet de l'écoulement même après les premiers pansements; mais généralement il existe au moins une amélioration notable qui tend à s'affirmer de plus en plus jusqu'au complet arrêt des hémorrhagies.

Nous ne prétendons pas indiquer ce moyen de diagnostic comme absolument infaillible. Il est en effet des cas où le perchlorure de fer ne produit pas une modification assez rapide pour permettre de trancher la question avant un certain temps. Il nous suffira à ce propos de signaler le cas qui fait l'objet de l'Observation XV. Malgré des badigeonnages répétés, les hémorrhagies revenaient à des intervalles irréguliers et quelquefois, dans l'intervalle, il y avait un suintement sanguin. Aussi le diagnostic fut-il longtemps hésitant entre le cancer du corps utérin et la métrite hémorrhagique. La marche de la maladie et la nature de la masse salpingienne enflammée que l'on trouva dans le cul-de-sac de Douglas

militèrent en faveur de ce second cas. Il est juste d'ajouter que, malgré la résistance qu'il rencontra, le perchlorure de fer en solution à 1 10 finit par modifier l'état de la malade, et quand nous l'avons vue, ces mois derniers, les hémorrhagies avaient cessé et elle n'avait de pertes rouges qu'à l'époque de ses règles, qui avaient leurs caractères normaux.

Si le doute peut encore persister dans le cas où le perchlorure de fer n'amène pas de modifications notables, il n'en est pas moins vrai que l'arrêt des hémorrhagies est une preuve certaine en faveur de la métrite hémorrhagique.

Avant de terminer ce chapitre nous rappellerons l'opinion émise par MM. Demons et Binaud (Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pæd., Bordeaux, 10 avril 1894). « qu'il ne faut pas se fier à un seul des procédés d'examen, il faut au contraire les grouper, les synthétiser pour faire le diagnostic à une période aussi rapprochée que possible du début du mal. »

CHAPITRE VII

Marche. Durée. Pronostic.

La marche, la durée et le pronostic de l'affection que nous étudions sont variables suivant la forme que l'on examine. Les cas les plus bénins, livrés à eux-mêmes, n'auraient aucune tendance vers la guérison. Ceux-là même qui sont tout à fait indépendants de l'élément inflammatoire et dont la lésion est due simplement à l'artério-sclérose conduiraient la malade, à la longue, à un état d'épuisement prononcé. Un traitement bien approprié met généralement fin à ces troubles en peu de temps. Dans plusieurs des observations (Obs. I, VI, IX, X, XI, XII, XIII) que nous citons, la durée des hémorrhagies utérines est relativement courte, celles-ci cédant soit aux caustiques, soit au curettage. Elles concernent sans doute des cas où les modifications pathologiques sont relativement restreintes ou peu prononcées; et l'on conçoit que le traitement appliqué ait pu agir efficacement sur elles.

Dans ces conditions, l'affection a peu ou point de retentissement sur l'état général. La malade conserve généralement son embonpoint et les troubles que l'on pourrait rencontrer en dehors de l'appareil génital sont alors d'importance médiocre.

Il n'en est pas toujours ainsi. Le mal, par le caractère même des lésions ou par le défaut de soins, peut entraîner un état de gravité plus sérieux. Nous en citerons pour preuve la ma-

lade de l'Observation IV : c'est une femme pâle, amaigrie, très anémique.

Les progrès de la maladie peuvent être encore plus graves. Il nous suffira, pour en donner une idée, de citer le cas de septicémie suivie de mort qu'a observé Horrocks.

Ajoutons tout de suite qu'il est rare, avec les précautions antiseptiques dont nous pouvons disposer aujourd'hui, d'observer des terminaisons aussi malheureuses; et le cas de mort signalé dans l'Observation IV n'est sans doute pas imputable à la lésion utérine, quoiqu'il n'y ait pas de renseignements sur ce sujet.

L'infection, d'abord localisée à l'utérus seul, peut se propager aux organes voisins, et, parmi ceux-ci, la trompe est celle qui offre le plus de chances de se contaminer; l'Observation XV nous en présente un exemple.

Avant de terminer ce court chapitre, nous devons nous demander s'il est vrai, comme on l'a prétendu, que chez les femmes âgées les lésions inflammatoires de l'utérus ont tendance à se transformer en tumeurs malignes. Hermann, ayant à soigner une endométrite sénile, jugea prudent de pratiquer l'hystérectomie, craignant qu'une transformation de cette nature ne se produisît.

Certains autres gynécologistes, tels que Emmet, Breisky, Barnes, Duncan, etc., sont aussi de cet avis. Delbet (*Traité de Chirurgie*) admet qu'une muqueuse enflammée est plus exposée à subir la dégénérescence cancéreuse qu'une muqueuse saine. La lésion inflammatoire agit, en effet, dans ces cas comme cause prédisposante, déterminant dans l'utérus un point de moindre résistance à la façon des traumatismes. Cet auteur signale les rapports étroits qui existent entre la prolifération glandulaire dans l'endométrite et l'adénome. Il est donc probable que ce sont surtout les endométrites à fongosités qui ont tendance à subir la dégénérescence épithéliale, l'épithélioma n'étant au fond qu'un adénome malin. D'ailleurs, M. Laroyenne a observé que, généralement, les métrites glandulaires vraies, chez des femmes qui appro-

chaient de la ménopause, finissaient par évoluer comme les dégénérescences malignes typiques.

Peut-être encore la nature maligne de l'affection que l'on prétend dérivée de la métrite existait-elle dès le début en quelque sorte à l'état latent et n'échappait au diagnostic que par le peu de netteté de ses caractères.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas, avec les chirurgiens pessimistes, s'appuyer sur ces dégénérescences malignes pour conclure à l'extrême rareté de la métrite hémorrhagique.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Nous ne nous étendrons pas sur le traitement, les procédés employés dans la métrite hémorrhagique des femmes âgées n'étant point spéciaux à cette forme.

Sans nous arrêter longtemps sur la nécessité d'employer une prophylaxie hâtive dans toutes les inflammations de l'appareil génital ou de son voisinage, disons pourtant que, vers l'âge de la ménopause, la femme doit éviter toutes les causes qui pourraient entraîner une congestion exagérée des organes génitaux, telles que les coïts violents ou prolongés, les exercices entraînant des mouvements répétés des membres inférieurs.

Traitement général. — Il joue un rôle important, car les hémorrhagies utérines entraînant à la longue un épuisement de l'organisme, il est de toute nécessité de remonter l'état de la malade.

Ici, comme dans toutes les maladies des organes génitaux, le repos est essentiel et suffit, dans beaucoup de cas, à améliorer les symptômes. On doit y joindre une alimentation substantielle, des viandes saignantes, des boissons toniques.

Certains moyens médicaux sont employés avec une efficacité variable. La digitale, l'ergotine ont pu donner quelques succès, mais leur valeur est mince ; l'ergotine, par exemple, n'agit que sur les fibres musculaires lisses et non sur les tissus formés presqu'exclusivement d'éléments embryonnai-

res (Teillar-Chabrier, Th. Paris, 1888). En cas d'urgence, le tamponnement a été appliqué, le bassin a été relevé avec un coussin. On conçoit aisément que ces procédés ne sont que des palliatifs qui peuvent conjurer les accidents du moment, mais ne procurent point d'amélioration durable, leur action ne portant pas sur la cause même des hémorrhagies.

La périodicité des règles a aussi engagé certains chirurgiens à employer, d'ailleurs sans succès, le sulfate de quinine (Terrillon).

Traitement local. — Les divers traitements locaux peuvent se ranger en deux groupes : les uns ont pour but de modifier l'état de l'organe en s'adressant soit à l'élément infectieux, soit aux tissus eux-mêmes ; les autres, plus radicaux dans leur action, se proposent non pas seulement de transformer mais de détruire plus ou moins complètement le siège même de la lésion.

Parmi ceux du premier groupe, citons les irrigations intra-utérines avec une solution antiseptique, qui ne peuvent avoir d'efficacité quand les lésions vasculaires sont profondes. Mais nous ne sommes point de l'avis des auteurs (Doléris) qui pensent que la meilleure preuve de la nature non inflammatoire de certaines hémorrhagies est donnée par ce fait que le traitement qui parvient à les juger n'emprunte rien à la pratique de la désinfection locale.

Le but du chirurgien est de supprimer rapidement le phénomène qui, à juste titre, doit attirer l'attention, c'est-à-dire les hémorrhagies. Dans les hémoptysies de la tuberculose pulmonaire n'est-il pas indiqué d'agir directement et promptement contre ce symptôme lui-même ? Pourquoi n'en serait-il pas de même ici ? Un traitement n'agissant que par son pouvoir antiseptique pourrait influencer l'agent infectieux lui-même, mais n'amènerait point une modification rapide dans le caractère des hémorrhagies. D'où la nécessité de s'attaquer à elles directement, sans pour cela méconnaître leur origine inflammatoire. D'ailleurs, il doit y avoir peu de gynécologistes qui n'associent toujours une antisepsie rigou-

reuse au traitement des maladies des organes génitaux, quel qu'il soit. Et pourquoi nier les effets que cette antisepsie peut avoir ?

Les injections chaudes ont été préconisées par Emmet qui faisait passer, en dix ou quinze minutes, deux ou trois litres de liquide à 45°. On a employé les bains chauds, que M. Tarnier conseille encore, contre les hémorrhagies secondaires des femmes en couches. Les injections froides ont eu aussi leurs partisans (Gallard). Ces deux éléments, la chaleur et le froid, agissent d'une façon mécanique sur les vaisseaux dont ils déterminent la contraction. C'est pourquoi il arrive souvent, avec cette méthode, que l'arrêt des hémorrhagies est tout à fait passager. Il est même nul quand les lésions sont accusées et ne siègent pas surtout à la superficie de la muqueuse.

Dans le second groupe des traitements, nous passerons en revue plusieurs méthodes de valeur diverse. Disons auparavant que tous ces procédés, qui ont pour but de détruire la muqueuse, doivent respecter quelques culs-de-sac glandulaires intercalés dans la musculeuse de l'utérus et qui sont destinés à la régénération de la muqueuse. Au point de vue de la reproduction, cette précaution peut être superflue puisqu'il s'agit ici de femmes dont la période d'activité génitale est terminée. Mais cette rénovation a l'avantage immense d'empêcher les cicatrices qui entraîneraient l'irrégularité et la sténose de la cavité utérine et, par suite, une prédisposition à l'infection.

La cautérisation par le galvano-cautère employée par Middeldorpf et Spiegelberg, et préconisée ensuite par Apostoli, est loin d'être exempte de tout reproche. Si son action est dosable mathématiquement en principe, dans la pratique on ne peut la limiter exactement ; car l'on ne peut apprécier le moment précis où la muqueuse est détruite et où le tissu musculaire commence à être entamé. Rheinstœdter l'accuse aussi d'amener l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin.

L'électrolyse a donné des succès, et M. le professeur Masse a présenté au Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux (1895) un cas de métrorrhagies chez une femme âgée. Il l'avait traitée par l'électrolyse intra-utérine, qui procure mieux que le curettage, « après la destruction de la muqueuse, la production d'un tissu cicatriciel plus ferme et plus rétractile ». Depuis un an, la guérison paraissait certaine : il constata à l'examen une diminution de volume de l'utérus et l'atrésie du col.

Nous pensons donc que le traitement électrique peut donner parfois de bons résultats.

Sans insister sur la cautérisation intra-utérine par le cautère ordinaire (V. Lambert, Th. Paris, 1881) qui n'est guère employée que par Chandelux (Lyon), passons aux caustiques chimiques.

Les caustiques solides ont été abandonnés presque tous, à l'exception de la pâte de Canquoin en crayons, vantée par MM. Polaillon et Dumontpallier (*Gaz. des Hôpitaux*, 1889). Ce procédé présente de nombreux inconvénients : un séjour trop prolongé du crayon peut entamer la musculeuse de l'utérus, d'où sténose et atrésie de la cavité, par suite de la coalescence des surfaces cruentées. Ces phénomènes peuvent se limiter au col, mais produisent les mêmes accidents.

Pour obvier à cet inconvénient, M. Dumontpallier (Acad. de Méd., 4 août 1891) pratiquait pendant plusieurs semaines après le traitement la dilatation progressive de l'utérus.

Les caustiques liquides peuvent être employés en injections ou en attouchements. Il est reconnu que les injections bien faites avec la seringue de Braun, par exemple, ne pénètrent point par les trompes jusqu'au péritoine, comme on l'avait prétendu. Pour cela la seringue doit avoir à peu près la capacité de l'utérus et la canule ne doit pas être serrée par le col. On observe parfois des douleurs intenses qui peuvent occasionner la syncope. Parmi ces substances la teinture d'iode et la glycérine créosotée (Obs. VI, XI), en particulier, rendent aussi de grands services et suffisent quelquefois à amener une guérison définitive.

Un mode de traitement qui a donné d'excellents résultats à M. le professeur Boursier, est le badigeonnage de la cavité utérine avec une solution de perchlorure de fer à 1/10. Il a été étudié dans sa thèse par M. Pillet, qui a montré que le titre de cette solution n'entraînait pas les inconvénients attribués à cette substance. Les coagula noirâtres à élimination lente que M. Delbet a signalés ne se produisent en effet qu'avec le perchlorure de fer pur. L'auteur pense que la seule raison anatomo-pathologique qui enlèverait à ce topique ses chances de succès serait la prédominance dans la lésion de l'élément glandulaire. Or, nous savons que justement chez les femmes âgées, la métrite hémorrhagique tend à revêtir le type interstitiel pur. Elle est donc une indication choisie du perchlorure de fer.

Mais cette méthode ne jouit pas d'une efficacité égale dans tous les cas. M. Pillet, d'ailleurs, le reconnaît lui-même. Il est, en effet, parfois des lésions vasculaires trop avancées ou trop profondément situées, et coïncidant avec un épithélium à peu près sain, qui échappent à l'action du perchlorure de fer. Quoi qu'il en soit, nous nous rallions à l'opinion de l'auteur qui écrit dans ses conclusions « que dans tous les cas c'est le premier traitement auquel on doit avoir recours avant de se décider pour le curettage. »

L'écouvillonnage est très employé par M. Doléris. Il constitue un véritable grattage de la cavité utérine, mais il est en tous cas bien inférieur au curettage, qui se propose le même but, avec plus de chances de succès.

Le curettage, lancé d'abord par Récamier (1846), fut bientôt délaissé à cause des accidents antiseptiques qu'il provoquait. Mais, après la doctrine listérienne et les découvertes pastoriennes, il fut remis en honneur et modifié par Simon d'Heidelberg (1872), par Hégar, Kaltenbach, etc., en Allemagne. En France, un pareil réveil se produisit aussi, et l'on peut dire qu'aujourd'hui c'est une opération couramment employée et qui offre des chances sérieuses de succès, quand l'utérus s'y prête, et que toutes les précautions ont été prises.

Il suffit, pour éviter l'infection post-opératoire que beaucoup d'auteurs reprochent à ce procédé, de se conformer aux règles de l'antisepsie la plus rigoureuse. Quant à la perforation de l'utérus, si certains chirurgiens, Récamier entre autres, en ont signalé plusieurs cas, il n'en est pas moins vrai qu'avec un peu d'attention on s'aperçoit aisément du moment de s'arrêter. Nous faisons exception, bien entendu, de certains utérus d'une friabilité excessive.

Aran [1] a aussi reproché au curettage de ne point porter son action sur tous les points de la cavité utérine. Nous avons entendu dire par nos maîtres, qu'en opérant avec méthode on arrivait à n'épargner aucune partie de la muqueuse.

Nous n'entrerons pas dans plus de détails à ce sujet et nous renverrons le lecteur, pour le procédé opératoire, aux divers traités de gynécologie.

Il est logique de penser que le curettage, qui a pour but de détruire la muqueuse utérine, remplira parfaitement les indications, puisque, dans la majorité des cas, les lésions sont localisées dans la muqueuse, Mais il arrive parfois aussi que cette opération est insuffisante; les altérations vasculaires peuvent, en effet, dépasser la muqueuse et altérer la musculeuse.

Dans ces circonstances, on doit avoir recours à une opération plus radicale (Obs. V). Et puisque l'utérus a terminé son rôle physiologique, nous pensons, avec MM. Pichevin et Petit, que « l'on est en droit de combattre ces graves hémorrhagies par l'ablation de la matrice, quand les pertes ont résisté aux moyens conservateurs » (*Gazette méd.*, Paris 1895, nº 47). Cette intervention ne doit donc être indiquée que lorsque le curettage lui-même a échoué, et que les hémorrhagies mettent la vie de la femme en danger.

[1] Aran, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 1858.

Observation I

(Trousseau, *Gazette des hôpitaux*, 1856.)

Malade âgée de cinquante-six ans. Il y a huit ans, ménopause. Il y a dix-huit mois, réapparition du flux cataménial sans trop de douleur du côté des lombes et du bas-ventre. A partir de ce moment, écoulement presque continuel de sang et de flueurs blanches.

Le col utérin est aplati, raccourci ; le corps de l'utérus un peu plus volumineux.

Une abrasion de la muqueuse est faite avec la curette utérine. On enlève des fongosités à peu près grosses comme une noisette. Pas de douleurs ni d'accidents. Nouvelle abrasion huit jours après. On ne ramène que très peu de fongosités. Une troisième fois, rien. Cautérisation avec le porte-caustique de Lallemand. Cessation de l'écoulement sanguin et des flueurs blanches. La malade est bien guérie.

Observation II

(Horrocks, *Translat. of obst. Soc. London*, 1887.)

Malade âgée de cinquante-trois ans, présentant depuis la ménopause, des hémorrhagies irrégulières et un écoulement infect par l'utérus. Elle mourut avec des symptômes de septicémie, après l'exploration de la cavité utérine.

Macroscopiquement, la totalité de la muqueuse utérine semblait uniformément injectée et granuleuse, la paroi musculaire paraissait partout intacte.

Au microscope on découvrait une prolifération glandulaire ; les espaces interglandulaires étaient remplis d'une quantité considérable de petites cellules comme on en rencontre dans les inflammations chroniques.

Observation III

(Galabin, *Translat. of obst. Soc. London*, 1887.)

Malade âgée de quarante-sept ans, atteinte de métrorrhagies survenues après la ménopause et durant depuis un an. L'écoulement avait été fétide, mais ne paraissait pas l'être lors du séjour de la malade à l'hôpital. L'utérus était considérablement augmenté dans toutes ses dimensions et la sonde pénétrait jusqu'à 4 pouces 1/2. En poussant cette sonde avec les plus grandes précautions on provoquait toujours un abondant écoulement de pus et de sang. On pensa, à cause de cela, à un cancer probable du corps de l'utérus et on décida l'hystérectomie vaginale.

Après l'opération, la malade se remit très bien. Examen de l'utérus enlevé : l'intérieur du corps de l'utérus se présentait sous l'aspect d'une cavité déchiquetée mesurant 11 cent. 1/2. Le col n'avait rien. La coupe microscopique de la paroi utérine ne donna pas de preuves positives d'un cancer : on observait une prolifération glandulaire irrégulière, mais la paroi musculaire n'était point infiltrée.

Observation IV (Résumée).

(Marc Collinet, Thèse de Paris, 1887.)

La nommée Héloïse B..., âgée de quarante-sept ans, couturière, entre le 2 juin 1884 dans le service de M. le docteur Tillaux.

Cette malade se présente à la consultation perdant du sang par le vagin en quantité abondante ; elle est très affaiblie. On croit à première vue à un cancer utérin ; le toucher, pratiqué aussitôt, apprend que cette hypothèse n'est pas fondée. Elle est alors admise dans le service.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quatre-vingts ans, après plusieurs atteintes de rhumatisme. Mère morte à cinquante ans avec des pertes utérines très abondantes ; elle ne peut donner d'autres ren-

seignements sur la maladie de sa mère. Deux frères plus jeunes qu'elle en bonne santé.

Antécédents personnels. — A eu trois fausses couches, de cinq, six et neuf mois à l'âge de vingt ans, trente et trente-deux ans. Dans l'intervalle, c'est-à-dire, à l'âge de vingt-cinq ans, elle a mis au monde un enfant mâle, bien constitué, qui a vécu jusqu'à quatre ans. Il est mort du croup à cette époque, mais il n'avait jamais fait d'autres maladies.

A eu la fièvre typhoïde à vingt-huit ans, a été soignée à l'hôpital Saint-Antoine et s'est rétablie en deux mois.

Début de la maladie actuelle remonte à un an. Jusque-là, c'est-à-dire jusqu'à quarante-six ans, règles régulières, sauf pendant la fièvre typhoïde. A commencé alors à avoir de petites pertes menstruelles. Son flux sanguin, qui durait d'ordinaire trois jours en quantité médiocre s'est prolongé jusqu'à huit et dix jours et est devenu plus abondant. Dans l'intervalle des règles, elle perdait beaucoup d'eau qui tachait le linge et avait une odeur légèrement fétide.

A ce moment, douleurs et quelques caillots noirâtres dans le sang. Les symptômes s'accusant de plus en plus, la malade maigrit, perd ses forces et se décide alors à rentrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade pâle, maigre, très anémique. Pertes de sang depuis quinze jours : elle salit trois serviettes en vingt et une heures. On y trouve des caillots noirs, allongés et dont l'expulsion provoque des coliques utérines.

Examen des organes génitaux. — Le doigt introduit dans le vagin sent des caillots. Les parois vaginales ont une consistance spéciale diffuse et généralisée. Col utérin gros, mou dans toute son étendue. Orifice transversal s'étendant plus loin à gauche qu'à droite. Il reçoit facilement la pulpe du doigt ; lèvre antérieure considérablement hypertrophiée, la postérieure moins.

Culs-de-sac du vagin absolument libres, non douloureux, même à une pression modérée.

Utérus mobile, il est douloureux quand on le fait mouvoir.

On n'ose pas pratiquer l'hystérométrie à cause de l'écoulement du sang qui persiste.

M. le docteur Tillaux porte le diagnostic de *métrite interne hémorrhagique.* Il éloigne toute idée de cancer.

Traitement. — Piqûres d'ergotine, 1 gr. 50 par jour.

Injections d'eau très chaude (50°). Alimentation légère. Repos au lit, sur le dos : le bassin élevé au moyen d'un coussin.

8 juin. Les pertes sanguines sont arrêtées depuis deux jours. Hystérométrie : 75 millimètres. L'instrument se meut facilement dans la cavité utérine qui est très dilatée, il ramène quelques gouttes de sang noir et provoque de la douleur. Irrigations très chaudes; 1 gramme d'ergot de seigle en deux fois dans la journée à la place de l'ergotine. Repos au lit.

9. Pas d'accident inflammatoire. Pas de pertes de sang.

11. Etat excellent. On cesse le traitement.

14. Perte de sang très considérable, qui s'est produite après une selle. Plusieurs caillots assez volumineux.

17. Perte à peu près arrêtée ; il n'y a plus qu'un suintement séro-sanguinolent.

20. Etat très bon. La malade a faim ; elle est très fatiguée. Alimentation abondante. Toniques.

27. Etat excellent. Exeat.

10 août. Elle rentre de nouveau, ayant perdu un peu de sang. Au toucher, col gros, mou, un peu douloureux. Au speculum : col rouge, congestionné ; autour de l'orifice du museau de tanche, semis de points très rouges, légèrement saillants à la surface de la muqueuse et perceptibles au doigt (follicules enflammés). Quelques-uns sont érodés et même ulcérés. Culs-de-sac libres.

Traitement. — Pansements glycérinés dans le col utérin pour provoquer la décongestion.

11. Un peu d'amélioration.

12. Dans la nuit, accès de suffocation. La malade meurt avant l'arrivée de l'interne de garde qu'on est allé chercher et après avoir vomi une grande quantité de sang rouge et spumeux qui paraît venir du poumon.

Autopsie. — Tissu utérin ferme, coriace. Coupe blanchâtre, fibreuse: tissu de sclérose répandu dans tout l'organe.

Péritoine un peu épaissi au niveau de la face postérieure de l'utérus.

Muqueuse utérine très mince, mesurant de 1 à 3 millimètres d'épaisseur. Vers le fond de l'utérus, quelques bourgeons fongueux. formés de tissu embryonnaire et qui représentent les traces de la métrite interne hémorrhagique.

Observation V

(Schmid, Thèse de Paris, 1896.)

La nommé Marie Ber..., âgée de quarante-deux ans, passementière, entre le 20 avril 1896, dans le service de M. le docteur Routier, à Necker, pour des douleurs dans le ventre et des pertes abondantes.

Ses antécédents personnels sont simples, elle n'a jamais fait de maladie grave. Réglée à treize ans, toujours régulièrement et sans douleurs. Elle a commencé à souffrir du ventre il y a quatorze ans. Les douleurs, continues avec exacerbations, siégeaient surtout dans la partie inférieure et gauche de l'abdomen et s'irradiaient dans la cuisse du même côté.

Depuis trois ans, ses règles, jusque-là très régulières, sont devenues trop abondantes, elles duraient plus longtemps que d'habitude ; puis elles sont devenues plus fréquentes, toutes les trois semaines, tous les quinze jours, et ces derniers temps d'une façon irrégulière, laissant peu de répit à la malade.

A aucun moment elle n'a fait de fausse couche, ni eu du retard dans ses règles.

A l'examen, l'utérus paraît normal comme volume, on ne constate rien d'anormal du côté des trompes ou des ovaires.

Le toucher est du reste rendu difficile par la raideur de la paroi abdominale de la malade.

Au speculum, le col est conique, son orifice punctiforme ; l'hystéromètre ne peut pénétrer dans sa cavité.

20 mai. Depuis trois semaines que la malade est dans le service, au repos et avec de grandes injections chaudes, les métrorrhagies ont continué ; elle a perdu à quatre reprises différentes et pendant plusieurs jours chaque fois. On pose le diagnostic de « métrite hémorrhagique » liée à une altération probablement néoplasique de la muqueuse.

21. Anesthésie : le toucher ne révèle rien d'anormal du côté des annexes, mais l'utérus paraît gros. L'hystéromètre pénètre de 9 centi-

mètres dans sa cavité et la muqueuse, friable, saigne à son contact. Hystérectomie vaginale.

23. Levée des pinces.

26. Levée des mèches.

10 juin. La malade sort guérie.

Examen de la pièce. — L'utérus est gros, sa cavité mesure 9 centimètres. Son tissu paraît normal à la coupe, les parois sont épaisses, mais on ne trouve nulle part trace de fibrome.

La muqueuse est lisse et unie, aucune végétation, aucune fongosité, sa surface paraît normale. Sa coloration est plus rouge qu'à l'ordinaire, et sur un fond rose foncé se voit un piqueté de points rouge vif très fins.

Les trompes et les ovaires sont sains.

Nous avons prélevé des morceaux de l'utérus sur les deux parois de l'organe, nos coupes ont intéressé à la fois la muqueuse et le muscle. Les coupes ont été fixées par le sublimé, montées à la paraffine, colorées à l'hématoxyline-éosine.

La muqueuse nous apparaît à première vue d'épaisseur normale.

L'épithélium de revêtement, partout intact, a conservé sa forme habituelle, il est sain. Aucune modification du côté des glandes, leurs culs-de-sac ne sont pas dilatés, leur épithélium ne présente aucune dégénérescence. Elles sont soutenues et séparées par un stroma qui ne présente aucune infiltration embryonnaire interstitielle.

En revanche, on observe dans toute l'épaisseur de la muqueuse, des îlots sanguins, facilement reconnaissables. Ils sont très nombreux, beaucoup plus que les glandes. Parmi ces îlots, les uns sont collectés dans des canaux, les autres ne présentent aucune paroi d'enveloppe.

A un fort grossissement (Vérick, Obj. VI, ocul. I), on constate immédiatement sous le revêtement épithélial la présence d'un très grand nombre de vaisseaux embryonnaires, dont quelques-uns sont très dilatés et d'une façon irrégulière. Ils ne sont point entourés d'un anneau fibreux et ils n'ont pour toute paroi qu'un simple revêtement endothélial. La plupart d'entre eux sont gorgés de sang.

Dans la profondeur de la muqueuse, par contre, la plupart des vaisseaux sont organisés et certains d'entre eux présentent un manchon assez épais de tissu fibreux.

Les globules sanguins peuvent en outre faire irruption dans les canaux glandulaires et les remplir complètement. Ce sang semble provenir en partie de la zone vasculaire péri-glandulaire, qui est ici anormalement développée. Enfin, dans le tissu interstitiel de la muqueuse et surtout au-dessous d'elle, se voient de nombreux îlots irréguliers de vaisseaux sanguins, qui ont fait irruption dans ce tissu. Il s'agit donc d'une véritable hémorrhagie interstitielle.

Le tissu musculaire paraît sain, ce n'est que tout près de sa continuation avec la muqueuse que commencent les altérations de sclérose péri-vasculaire.

En somme, il s'agit dans cette préparation d'une dilatation des vaisseaux de la muqueuse avec néoformation probable et se rapprochant de la disposition caverneuse. La fragilité des vaisseaux et la tendance aux hémorrhagies est indiquée par les extravasations glandulaires et les petits foyers interstitiels.

Observation VI

(Chaleix, *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 22 janv. 1893.)

Mme X..., âgée de soixante ans, n'est plus réglée depuis huit ans. Elle a eu de tout temps, mais surtout depuis quelques années, des pertes blanches. Depuis quatre ans se sont montrées, à maintes reprises, de fortes métrorrhagies, dont quelques-unes ont été d'une extrême intensité. Deux de mes confrères, anciens internes de chirurgie, l'ont examinée et n'ont rien trouvé qui fît songer à une néoplasie utérine. Cette femme, quoique vigoureusement constituée, est un peu pâle et paraît affaiblie par la dernière métrorrhagie.

L'utérus est petit, mobile en tous sens ; le col est sain, le cathétérisme donne 7 centim., la muqueuse utérine paraît molle, friable et saigne au moindre contact. J'ai pratiqué la dilatation large de l'utérus, le badigeonnage vigoureux de sa cavité à la glycérine créosotée au tiers et des irrigations intra-utérines chaudes avec la sonde de Lefour. Les pertes ne se sont pas reproduites et la malade a repris peu à peu ses forces.

L'état stationnaire du volume de l'utérus, l'absence de toute production anormale en sa cavité, confirmée par plusieurs examens favorisés par une dilatation large, l'intégrité absolue du col et des tissus voisins que n'aurait pas manqué d'envahir une lésion néoplasique existant depuis si longtemps, me font rejeter toute idée de cancer et me déterminent à attribuer cette métrorrhagie à de l'endométrite.

Observation VII

(Lefour, *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 22 janvier 1893.)

Mme X..., âgée de cinquante-huit ans, n'était plus réglée depuis onze ans ; elle avait eu un enfant à l'âge de vingt-deux ans. L'accouchement, très laborieux, avait nécessité une application de forceps et il en était résulté une bride cicatricielle du vagin qui partait de l'utérus en avant. Cette femme vint me consulter pour des métrorrhagies. Son utérus, déjà sénile, était assez mobile, le cathétérisme très facile ; il n'y avait aucune tumeur. Je prescrivis des injections vaginales chaudes et de l'ergotine. Pas d'amélioration. Un an environ après, je fus obligé de pratiquer un curage. Je ne trouvai qu'une muqueuse rudimentaire, une transformation analogue à celle que décrit Delbet.

L'hémorrhagie est actuellement disparue définitivement, la malade est aujourd'hui en très bonne santé.

Observation VIII (Résumée).

(Tillaux, *Clinique chirurgicale*, 23 juin 1893.)

Malade de cinquante-huit ans. Pas de maladie dans l'enfance. Réglée à seize ans, régulièrement jusqu'à la ménopause. Elle a eu six grossesses normales, terminées normalement à terme. Ses règles ont cessé brusquement à quarante-huit ans. Trois ans après apparurent des pertes abondantes qui cessèrent spontanément. Quelques mois après, nouvelles pertes, et depuis, hémorrhagies assez fréquentes. Dans l'intervalle, écou-

lement permanent tachant le linge en rouge. Jamais d'odeur ni de douleur en dehors de l'expulsion de caillots, qui provoquaient des coliques utérines.

Examen. — Col absent, l'orifice utérin se continuant avec le vagin. L'hystérométrie, d'abord impossible et provoquant un écoulement sanguin, après dilatation à la laminaire a donné 7 centimètres 1/2. L'utérus remonte de deux doigts au-dessus du pubis.

On porta le diagnostic d'endométrite granuleuse hémorrhagique avec, peut-être, prédominance dans le col.

Le traitement choisi fut le curettage.

Observation IX

(Hirigoyen, *Mémoires et Bulletins de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pœdiatrie de Bordeaux*, 8 novembre 1892.)

Je fus consulté, il y a deux ans, par une femme de soixante-quatorze ans, qui, depuis un mois, avait une hémorrhagie persistante. Comme la ménopause avait eu lieu environ deux ans auparavant, elle se montrait fort effrayée de cet accident. Son médecin, consulté, me l'adressa. A l'examen, je constatai l'écoulement d'un sang noir brunâtre et les organes génitaux internes me parurent absolument sains. Je rassurai la malade, je prescrivis des injections chaudes et, depuis dix-huit mois, aucun écoulement sanguin n'a reparu, et la malade se porte parfaitement.

M. Hirigoyen a eu l'obligeance de s'informer pour nous de l'état actuel de la malade : les pertes sanguines n'ont point reparu et la malade jouit d'un excellent état général.

Observation X

(Piéchaud, *Mémoires et Bulletins de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de* Pœdiatrie *de Bordeaux*, 8 novembre 1892.)

Il y a deux ans, je fus consulté par une femme de soixante-six ans environ, qui avait déjà depuis un certain temps une hémorrhagie

utérine, alors que depuis la ménopause elle n'avait présenté aucun écoulement. Elle s'inquiétait de l'abondance du sang qui était rouge vermeil et sans caillot. A l'examen très minutieux que je pratiquai, je ne trouvai rien qu'un utérus un peu volumineux, 10 à 11 centimètres environ. L'hystéromètre paraissait déchirer quelques fongosités, aussi je craignais avoir affaire à un début de néoplasme du corps.

Dans le doute, étant donné l'âge de la malade, je n'hésitai pas à placer un crayon de Dumontpallier au chlorure de zinc. Il n'y eut pas d'escharre, les hémorrhagies disparurent et pendant dix mois la santé resta bonne.

Au bout de ce temps, les hémorrhagies reparurent et, deux mois plus tard, la malade revint me trouver. Un nouvel examen fut pratiqué, je ne trouvai rien; l'utérus avait même diminué de volume. Je plaçai un second crayon au chlorure de zinc. Depuis un an et demi rien n'a reparu et la santé générale est excellente.

Il n'y avait donc pas de cancer, mais cette femme avait un peu de vaginite, peut-être de la métrite. En tout cas, elle était très grasse.

Observation XI

(Rivière, *Mém. et Bull. de la Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pœdiatrie de Bordeaux*, 8 nov. 1892).

Femme de soixante-dix-sept ans, qui, depuis plusieurs mois, avait des pertes de sang très abondantes et odorantes. Je croyais à l'existence d'un épithélioma : quand je l'examinai, je ne trouvai rien ni dans le col ni dans le corps de l'utérus. Je pratiquai alors une cautérisation de la muqueuse utérine avec de la glycérine créosotée au 1/3. A ma grande surprise, ce pansement a suffi pour faire disparaître l'hémorrhagie.

Observation XII

Clinique de M. le Pr Boursier (Thèse de Pillet, Bordeaux 1895).

C..., cinquante-neuf ans, marchande. Premières règles à quatorze ans; bien réglée. Deux fausses couches de deux mois, à vingt ans et à vingt-trois ans. Depuis un an et dix ans après la cessation des règles, la malade a éprouvé d'abondantes pertes rougeâtres, très foncées en couleur depuis trois mois, à peu près continuelles et odorantes. Elle vient à la Clinique le 22 juin 1893.

Pesanteur dans le milieu du bas-ventre depuis quatre mois. Douleur dans les reins. Sensation de chaleur au passage de l'urine depuis trois mois. Pas de constipation.

A l'examen, le ventre est sensible un peu partout, sans douleur vive. Les culs-de-sac sont indurés et rétractés. L'utérus est petit, sénile, fort peu entr'ouvert. Il lui est fait une première application de perchlorure de fer.

29 juin. La malade n'a pas eu de pertes hémorrhagiques depuis le pansement, mais simplement un léger écoulement de sang de temps à autre. Perchlorure de fer.

6 juillet. La malade a encore moins perdu. Perchlorure de fer.

13. Un écoulement un peu plus abondant s'est produit mais avait complètement cessé le 29. Perchlorure de fer.

5 août. L'amélioration est sensible. La malade dit n'avoir plus vu de sang depuis une quinzaine.

14 octobre. La malade n'a plus vu reparaître de sang et n'a plus que quelques pertes blanches.

14 avril 1894. La malade revient parce qu'elle éprouve quelques douleurs de reins; elle a toujours quelques pertes blanches, mais n'a plus vu reparaître ses pertes rouges.

Jusqu'au 22 juin 1895, époque à laquelle elle a cessé de venir à la Clinique, elle n'a jamais rien accusé de particulier du côté de son utérus, qui est toujours resté très mobile, ni du côté des annexes. A chaque séance, depuis exactement deux ans, la malade n'a subi d'autre traitement que le perchlorure de fer.

Observation XIII

Clinique de M. le Pr Boursier (Thèse de Pillet, Bordeaux, 1895).

B..., quarante-six ans, domestique. Premières règles à dix ans, toujours régulières; pas de grossesse. Se présente à la Clinique le 25 juillet 1891. Les dernières règles sont arrivées à l'époque normale, mais ont été suivies d'un écoulement hémorrhagique qui a duré huit jours. Rien d'anormal en dehors de cette hémorrhagie, si ce n'est que son ventre aurait grossi un peu, et elle-même légèrement maigri. La palpation est un peu douloureuse au niveau de l'ombilic; le volume du col est moyen, mais sanguinolent; les culs-de-sacs sont libres, mais fongueux et saignants. L'utérus paraît légèrement renversé en arrière. Cathétérisme très douloureux : 5 centimètres. Il lui est fait ce même jour une première application de perchlorure de fer.

30 juillet. Les pertes ont été moins abondantes. Le cathétérisme est aussi douloureux. Perchlorure de fer.

6 août. La malade dit avoir éprouvé de vives douleurs pendant deux ou trois jours après le dernier attouchement au perchlorure de fer. Ces douleurs se sont ensuite calmées et les pertes sanguinolentes ont encore diminué.

Le 8 et le 13 août, le traitement est continué et la diminution des pertes sanguines est de plus en plus sensible.

22 août. L'amélioration est complète et la malade ne revient plus.

Observation XIV

(Clinique de M. le Pr Boursier.)

Grac..., cinquante-quatre ans, sans profession. Premières règles à dix-huit ans, régulières. Elle a eu quatre grossesses et deux fausses couches sans cause appréciable : l'une de deux mois, à vingt-six ans, deux mois au lit; la deuxième, de trois mois, à trente ans. Des deux

accouchements normaux, l'un a eu lieu à terme, à vingt-huit ans, un jour au lit, pas de fièvre; l'autre à quarante-deux ans, quinze jours au lit, pas de fièvre. Depuis deux ou trois ans les règles sont irrégulières, il y a des suppressions de deux ou trois mois, quelquefois de six mois, une fois même d'un an. Quand elle voit ses règles, ce sont de véritables hémorrhagies, qui durent huit et même quinze jours. Mais depuis trois mois, après une suppression de deux mois, la malade voit constamment du sang. Ces pertes sont abondantes, épaisses, rougeâtres, non odorantes, mélangées à des pertes blanches. Bonne santé générale. Bon estomac. Mictions fréquentes et peu abondantes. Pas de constipation. La malade est très nerveuse.

Examen (le 1er juin 1895). — Rien de particulier à la palpation.

Au toucher on trouve un col petit, en involution sénile, saignant au moindre contact. Les culs-de-sac sont moins profonds qu'à l'état normal, ils sont plus résistants. Pas de douleur. Le cathétérisme est facile et non douloureux, il donne 0,06 centimètres et ramène une goutte de sang. Perchlorure de fer. Tanin.

2 mai 1896. La malade a cessé de venir parce qu'elle a eu l'influenza. Elle n'a pas maigri. Les pertes sanguines continuent. Col petit, intact. Corps utérin atrophié; sa position est difficile à déterminer. Hystérométrie : 0,05 centimètres, ramène un peu de sang. Perchlorure de fer. Tanin.

7 mai. Le corps utérin paraît être en avant. Il y a toujours un écoulement sanguin sans douleur. L'état général est toujours bon, mais la malade a de l'insomnie. On continue le même traitement.

30 mai. Les hémorrhagies sont arrêtées et il y a une grande difficulté à faire pénétrer l'hystéromètre. Perchlorure de fer. Tanin.

6 juin. Beaucoup de sang mélangé à des pertes blanches. Même pansement.

13. Les pertes diminuent. L'hystérométrie est impossible. Même pansement.

Jusqu'au 2 juillet, il n'y a pas de changement notable dans l'état de la malade. A cette date, il y a moins de sang, les pertes blanches sont à peine teintées de rouge. Pas de douleur. Col un peu rouge. Bon état général. Pansement intra-utérin, dans le col seulement, au perchlorure de fer.

9 juillet. Même état. Col très rouge. Perchlorure de fer.

16. Pertes moins abondantes. Le sang est rouge vermeil. Douleurs très modérées. Hystérométrie impossible avec la baleine, mais possible avec l'hystérométrie métallique. 0,07 centimètres. Perchlorure de fer. Tanin.

La malade a cessé de venir à la consultation et n'a pu être observée plus longtemps.

Observation XV

(Clinique de M. le Pr Boursier.)

Mach..., quarante-cinq ans, ménagère. Premières règles à seize ans. Bien réglée. a eu huit accouchements normaux. Les règles n'ont jamais disparu pendant l'allaitement. La dernière grossesse remonte à l'âge de trente-cinq ans. Restait quatre ou cinq jours au lit après la délivrance.

Règles abondantes et douloureuses depuis deux ans. Sensation de poids tombant entre les jambes, surtout depuis vingt jours. Douleurs dans les côtés et dans les reins. Mictions douloureuses et plus fréquentes depuis vingt jours ; douleurs d'estomac. Très nerveuse. Cette sensation ne dure que peu de jours après les règles.

Examen (le 10 juin 1892). — Ventre très souple ; rien à la palpation. Prolapsus dans l'effort des parois vaginales. Vulve un peu entr'ouverte ; premier degré de cystocèle. Utérus bas admettant la première phalange et en rétroflexion. Col volumineux, ectropion léger de la lèvre postérieure. Hystérométrie : 6 centimètres, peu douloureuse. Pansement à l'iodoforme.

Le 17 juin, on met un pessaire à la malade. Pertes sanguinolentes modérées jusqu'au 14 octobre, où celles-ci deviennent très abondantes. Pansement au perchlorure de fer.

Jusqu'au 9 novembre 1892, les métrorrhagies sont très abondantes et on applique le même pansement.

26 septembre 1895. La malade a perdu du sang continuellement jusqu'à ce jour. Utérus toujours gros, à col entr'ouvert. Dans le cul-de-sac postérieur et surajouté au corps utérin une petite masse ronde, réni-

tente. Cathétérisme impossible au delà de 4 centimètres avec l'hystéromètre métallique ou la baleine ; avec la sonde d'Hégar 6 centimètres. Perchlorure de fer. Tanin.

3 octobre. La malade a eu encore des hémorrhagies. La baleine (perchlorure de fer) ne pénètre que dans la cavité cervicale.

11. Pas de pertes depuis le dernier pansement. Perchlorure de fer.

24. La baleine pénètre à 7 centimètres. Perchlorure de fer.

31. Seulement quelques glaires sanguinolentes. L'appétit est meilleur. Perchlorure de fer. Tanin.

7 novembre. La malade a eu des règles très abondantes. Hystérométrie, 7 centimètres 1/2. Perchlorure de fer. Tanin.

Elle ne perd plus jusqu'au 5 décembre. A ce moment, l'examen dénote un utérus gros, surtout en arrière, où existe toujours une petite bosselure ; il est presque immobile. Perchlorure de fer. Tanin.

20 février 1896. Depuis le mois de décembre dernier, la malade a eu presque continuellement des pertes rouges peu abondantes. Elle venait assez régulièrement se faire panser à la Clinique. Son poids, qui était de 50 kilos il y a trois mois, est aujourd'hui de 52 kilos. Hystérométrie, 7 centimètres 1/2. Perchlorure de fer. Tanin.

L'état reste le même jusqu'au 14 avril. A cette époque apparaissent des douleurs intenses dans les reins qui empêchent la malade de venir à la consultation pendant trois semaines. Au bout de ce temps on l'examine : en arrière de l'utérus, la masse que l'on avait déjà constatée se laisse isoler du corps utérin, qu'on repousse en avant ; elle est sensible et paraît être une trompe enroulée. La baleine donne 7 centimètres. Perchlorure de fer.

La masse salpingienne se détache peu à peu, le col prend un meilleur aspect, l'ectropion disparaît, les pertes s'arrêtent.

20 juin. La malade a depuis quinze jours de fortes pertes sanguines qui l'ont obligée à garder le lit ; elles sont un peu purulentes. Hystérométrie, 8 centimètres. Sublimé. Perchlorure de fer. Tanin.

25 juin. La malade a eu des pertes par le rectum, probablement purulentes, elle a eu aussi des métrorrhagies. Dans le Douglas, il y a toujours une masse dure. Perchlorure de fer.

Il se produit une amélioration : les douleurs diminuent, les pertes n'apparaissent qu'à l'époque des règles, qui sont un peu plus abondantes. Il y a quelques pertes blanches.

A part une forte hémorrhagie que la malade a eue le 1er août, les phénomènes continuent à diminuer peu à peu.

Le 3 octobre on constate une rétrodéviation marquée de l'utérus.

Le 31 octobre, la malade n'a eu de pertes sanguines qu'à l'époque de ses règles (le 25 octobre), elles ont duré trois jours, mais étaient assez abondantes. On trouve au col quelques glaires sanguinolentes. L'hystérométrie donne 7 centimètres. Perchlorure de fer. Tanin.

28 novembre. La malade n'a pas eu d'hémorrhagies jusqu'au 20 de ce mois, où sont arrivées ses règles. Elles ont duré encore trois jours, mais n'étaient point exagérées ; elles sont d'un rouge franc. Pendant la période de menstruation elle éprouve des douleurs lombaires qui se calment quand elle garde le lit. Dans l'intervalle des règles, elle dit n'avoir point de pertes blanches et n'éprouver qu'une sensation de poids dans le bas-ventre, si elle se fatigue.

Au toucher, on sent le col volumineux et, dans le cul-de-sac postérieur, la masse salpingienne toujours rénitente et sensible qui n'a guère changé et qu'un sillon sépare de l'utérus. Au speculum on s'aperçoit que le col est sain et n'a pas d'ectropion. Il y a quelques pertes blanches et quelques filets sanguins déterminés par le toucher. Perchlorure de fer. Tanin.

Observation XVI

(Monod, Hémorrhagies utérines chez les femmes âgées, *Société de Gyn., d'Obst. et de Pœdatrie* de Bordeaux, 8 nov. 1892.)

Mme B..., âgée de soixante-un ans, a toujours joui d'une excellente santé. Elle a eu deux enfants et n'accuse aucun antécédent utérin. Les règles ont toujours été normales ; elle n'a jamais eu de pertes blanches ni de douleurs dans le petit bassin. La ménopause, qui remonte à dix ans, n'a été marquée par aucun incident : ni pertes sanguines séreuses, ni troubles généraux.

Au mois de septembre de l'année dernière, sans cause appréciable, Mme B..., au moment de se coucher, constata dans son vase de nuit la présence d'une notable quantité de sang mélangée aux urines. Elle supposa que le sang provenait de la vessie et me fit appeler. Je procédai, séance tenante, à l'examen des organes génitaux. La palpation abdo-

minale, que la surcharge graisseuse de la paroi rendait difficile, ne me fournit que des résultats négatifs. Le col occupe sa place normale, il est petit, régulier; l'utérus est parfaitement mobile, les culs-de-sac vaginaux sont libres. Le speculum permet de confirmer ces renseignements et notamment l'intégrité complète du museau de tanche. Par l'orifice légèrement entr'ouvert, on voit sourdre un peu de sang brunâtre et inodore. J'avais donc la certitude que le sang perdu par la malade provenait de la cavité utérine. Je prescrivis des injections boriquées chaudes quotidiennes et des pilules d'ergotine à l'intérieur. Malgré ce traitement, régulièrement suivi, Mme B... a continué à présenter des pertes peu abondantes et plus ou moins intermittentes. Tantôt l'écoulement sanguin rappelle, comme quantité et comme aspect, des règles modérées; tantôt c'est un simple suintement continu, de couleur rouillée et sans odeur. Cet état persiste en juin 1892, c'est-à-dire dix mois après la première apparition du sang. La santé générale n'a pas subi la plus légère atteinte; Mme B..., qui a une tendance naturelle à l'embonpoint, a plutôt engraissé depuis quelques mois; l'appétit et le sommeil restent excellents. Elle a bon teint, a conservé toute son activité et n'a jamais éprouvé la moindre douleur abdominale. Un nouvel examen local, pratiqué dans le courant du mois de novembre, est resté, comme le premier, absolument négatif.

En octobre 1896, M. Monod a eu l'extrême complaisance de s'enquérir pour nous de l'état de la malade. Celle-ci est exactement dans le même état, présentant toujours des écoulements sanguins, modérés, presque continus, sans aucune odeur. L'état général reste excellent, et l'examen local ne permet de découvrir aucune trace de lésion cervicale.

Observation XVII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Rivière.)

Métrite fétide des vieillards.

Mme R...., soixante-cinq ans, a toujours joui d'une très bonne santé. Bien réglée jusqu'à quarante-neuf ans, elle a vu à cette époque ses pé-

riodes menstruelles devenir moins régulières, puis disparaître complètement vers l'âge de cinquante ans. Depuis elle s'est très bien portée jusqu'en avril 1889. Alors, en effet, elle s'est aperçue qu'elle avait quelques pertes légères, liquides et roussâtres, d'une odeur extrêmement fétide. Ces pertes d'abord très peu abondantes et intermittentes finirent par devenir régulières et profuses, tout en conservant une odeur absolument repoussante. Inquiète sur son état et persuadée qu'elle est atteinte d'un cancer de l'utérus, mais n'ayant toutefois éprouvé aucun phénomène douloureux, aucune modification dans sa santé générale sauf un peu d'amaigrissement et d'anémie, elle vient nous consulter en juillet 1889.

Mme R... se présente à nous sous l'aspect d'une femme petite, sèche, vive d'allures ; mais son teint est pâle, anémié, sans coloration spéciale cependant.

A l'examen local, l'utérus, petit, atrophié, a conservé son entière mobilité ; les culs-de-sac sont libres ; nulle part le doigt ne rencontre de ganglion engorgé ; le vagin est mouillé d'une sécrétion liquide roussâtre, d'une horrible odeur de putréfaction.

Au speculum, le col, très étroit à son ouverture, n'offre aucune trace d'ulcérations : il est pâle, son tissu est dense, l'hystéromètre pénètre difficilement à travers la cavité du col, mais ne rencontre en aucun point de végétations, la cavité mesure à peine 4 centimètres de profondeur.

Les phénomènes fonctionnels nous font aussitôt penser à un cancer ; les symptômes locaux nous laissent dans le doute. Nous procédons toutefois à une dilatation lente et prudente du col avec des tiges d'Hégar, jusqu'au nº 6 ; une irrigation utérine, pratiquée alors, ne ramène aucun débris, mais elle revient teintée de roux et a une odeur nauséabonde; un badigeonnage à la glycérine créosotée est fait avec grand soin dans toute la cavité et est suivi d'un pansement vaginal iodoformé.

Le lendemain le pansement et le badigeonnage sont renouvelés, puis à jours passés pendant une semaine.

Dès ce premier pansement, une modification notable s'est produite, l'odeur a presque disparu. Il n'en reste plus trace au bout d'une semaine ; la perte elle-même a cessé et nous mettons fin à notre intervention.

Depuis, tout accident a totalement disparu et après plusieurs années Mme R... jouissait encore d'une parfaite santé.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de ce travail, nous tirons les conclusions suivantes :

1° Au moment de la ménopause, ou à une période plus ou moins rapprochée de cette époque, apparaissent chez certaines femmes des hémorrhagies utérines présentant des caractères anormaux.

2° Elles sont, dans certains cas, indépendantes des causes générales ou des tumeurs de l'utérus. Elles résultent alors quelquefois des altérations artério-scléreuses, que subit l'utérus à cette phase de la vie, mais sont le plus souvent sous la dépendance d'un état inflammatoire, dont la lésion intéressante consiste dans la dilatation et la prolifération vasculaires de la muqueuse utérine. Il se produit en même temps un développement exagéré du tissu conjonctif, qui se distingue du travail physiologique de la ménopause par le défaut de rétraction cicatricielle.

3° Cette affection peut être due à une endométrite chronique — à une endométrite plus ou moins ancienne, réveillée par une cause banale — ou à une infection toute récente.

4° Le diagnostic offre un intérêt capital, à cause de la difficulté qu'il y a souvent à la différencier des tumeurs malignes du corps utérin. Le pronostic de ces deux affections étant différent, et un mode particulier de traitement devant être appliqué suivant qu'il s'agit de l'un ou de l'autre cas, il est très important de poser un diagnostic sûr.

Les caractères cliniques sont à peu près semblables, et

l'examen anatomo-pathologique ne tranche pas toujours la question. La dilatation maxima de la cavité utérine suivie du toucher intra-utérin peut, dans bien des cas, permettre de déceler la nature de la lésion.

Les badigeonnages de perchlorure de fer en solution à 1/10 amènent souvent, sinon une guérison rapide, du moins une amélioration notable dans les cas de métrite hémorrhagique, tandis que leur action est nulle vis-à-vis du cancer utérin. Ils peuvent donc servir comme un bon moyen de diagnostic, surtout quand le résultat est positif.

5° Soumis au traitement, le mal cède généralement assez vite. Mais les hémorrhagies rebelles peuvent, à la longue, déterminer un état profond d'anémie. On aurait même noté des cas de septicémie et de mort.

6° Tous les traitements employés contre la métrite hémorrhagique des jeunes femmes trouvent ici leur indication. Nous recommandons plus particulièrement, suivant la persistance et la gravité des hémorrhagies, le perchlorure de fer à 1/10 en badigeonnage, l'électrolyse, le curettage dans les cas de fongosités et l'hystérectomie vaginale quand les autres moyens ont été impuissants.

Vu bon à imprimer :
Le Président,
A. BOURSIER.

Vu :
Le Doyen,
A. PITRES.

Bordeaux, le 26 décembre 1896,
Vu et permis d'imprimer :
Le recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aran. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes.

Bennet (H.). — Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes.

Becquerel. — *Gazette des Hôpitaux*, 1859.

Binaud. — *Bulletins et Mém. de la Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pœd. de Bordeaux*, 11 février 1896.

Bisch. — Thèse de Lyon, 1892.

Collinet (Marc). — Thèse de Paris, 1887.

Cornil. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus, faites à l'Hôtel-Dieu (1889).

Delbet (P.) — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

Demons. — Cancer de la muqueuse du corps utérin (*Bull. et Mém. de la Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pœd. de Bordeaux,* 13 novembre 1894).

— Carcinome végétant du corps de l'utérus (*Bull. et Mém. de la Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pœd. de Bordeaux,* 11 février 1896).

Demons et Binaud. — Cancer primitif du corps de l'utérus (*Bull. et Mém. de la Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pœd. de Bordeaux*, 10 avril 1894).

Doléris (J.-A). — Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. (*Nouv. Arch. de Gyn. et d'Obst.*, 1893).

Duparcque. — Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice.

Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes.

Guyon. — Thèse de Paris, 1858.

Martineau. — Leçons sur la thérapeutique de la métrite. Paris, 1887.

Masse. — Congrès de Gyn., d'Obst. et de Pæd. de Bordeaux, 1895.

Maurange. — Endométrites séniles (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 21 septembre 1895).

Monod (Eug.). — Hémorrhagies utérines chez les femmes âgées (*Bull. et Mém. de la Soc. de Gyn., d'Obst. et de Pœd. de Bordeaux,* 8 novembre 1892).